H. VII, Bel

COURS COMPLET

DE

CHIRURGIE

THÉORIQUE ET PRATIQUE,

Par BENJAMIN BELL, Membre des Colléges de Chirurgie d'Irlande et d'Edimbourg, Chirurgien de l'Infirmerie royale, Membre de la Société royale d'Edimbourg, &c.

TRADUIT DE L'ANGLOIS,

Sur la quatrième et dernière Édition,

Par ED. BOSQUILLON, Médecin de Paris, Membre de la Société de Médecine d'Edimbourg, Professeur au Collége de France, &c.

Avec quatre-vingt-dix-neuf Planches.

TOME QUATRIEME.

A PARIS,

Chez THÉOPHILE BARROIS le jeune, Libraire, quai des Augustins, n°. 18.

AN IV. [1796 ère vulgaire.]

WELLCOME
HISTORICAL
MEDICAL
LIBRARY

TABLE
DES CHAPITRES ET SECTIONS
Contenus dans ce quatrième volume.

CHAPITRE XXVII (1).

SECT. XIX. ADDITIONS sur les maladies des Yeux, pag. 1

CHAPITRE XXVIII.

Des MALADIES du NEZ et de l'ARRIÈRE-BOUCHE.

SECT. I. Description anatomique du Nez et de l'Arrière-Bouche. 35
SECT. II. De l'hémorrhagie des Narines. 39
SECT. III. De l'Ozène. 43
SECT. IV. De l'imperforation des Narines. 48
SECT. V. Des polypes du Nez et de la Gorge. 51
SECT. VI. De l'extirpation des Amygdales. 75
SECT. VII. De l'extirpation de la Luette. 81
SECT. VIII. Des scarifications et des fomentations de la Gorge. 84

CHAPITRE XXIX.

Des MALADIES des LÈVRES.

SECT. I. Du Bec-de-Lièvre. 86
SECT. II. De l'extirpation des Lèvres cancéreuses. 102

CHAPITRE XXX.

Des MALADIES de la BOUCHE.

SECT. I Remarques anatomiques. 10
SECT. II. De la Dentition. 11
SECT. III. Du dérangement des Dents. 11
SECT. IV. De l'abcès des Gencives. 11
SECT. V. De l'abcès de l'Antre maxillaire. 12
SECT. VI. Des excroissances des Gencives. 13

(1) Ce chapitre est la suite du dernier du tome III; et le lecteur est prié de corriger l'erreur typographique qui se trouve dans les numéros depuis ce chapitre, jusqu'au XXXIV inclusivement.

SECT. VII. Des dents branlantes. page 134
SECT. VIII. De la manière de nettoyer les Dents. 138
SECT. IX. Du mal de Dents. 145
§. 1. Du mal de Dents qui survient quand le nerf est à nud, et des différens moyens de les arracher. 146
§. 2. Du mal de Dents produit par l'Inflammation. 177
§. 3. De la douleur de Dents produite par les affections des parties éloignées. 181
SECT. X. De la transplantation des Dents. 184
SECT. XI. De la Ranule ou Grenouillette. 191
SECT. XII. Des ulcères de la Bouche et de la Langue, et de l'extirpation de la Langue. 194
SECT. XIII. De la division du frein de la Langue. 198
SECT. XIV. Des plaies du conduit de la Parotide. 199

CHAPITRE XXXI.

Des MALADIES des OREILLES, et des OPÉRATIONS qui s'y pratiquent.

SECT. I. De la Surdité. 202
§. 1. De l'imperforation du Méat auditif. 204
§. 2. Des corps étrangers arrêtés dans l'Oreille. 205
§. 3. Des excroissances du Méat auditif. 207
§. 4. De la Surdité produite par la cire amassée dans les Oreilles. 209
SECT. II. De la manière de percer les Lobes des Oreilles. 213

CHAPITRE XXXII.

De la CONTORSION du COL, ou TORTICOLIS. 216

CHAPITRE XXXIII.

Des MALADIES des MAMELONS. 219

CHAPITRE XXXIV.

Des EXUTOIRES. 222

CHAPITRE XXXV.

De l'INOCULATION de la PETITE VÉROLE. 228

EXPLICATION des PLANCHES. 321

COURS

COURS

DE CHIRURGIE

THÉORIQUE ET PRATIQUE.

CHAPITRE XXVIII.

SECTION XIX.

Additions sur les maladies des Yeux.

QUOIQUE je me sois fort étendu dans le dernier volume de cet ouvrage, sur les maladies des yeux, j'ai cru ne pouvoir me dispenser d'ajouter ici ce qui m'a paru important dans la pratique de M. Jean-François Pellier, oculiste étranger, qui est venu depuis à Edimbourg, où il s'est acquis une grande réputation. Une bonne éducation, un jugement sain, et une grande expérience, l'ont mis à même de faire des découvertes précieuses sur presque toutes les maladies des yeux; une main extrêmement sûre, réunie à une excellente vue, le rend d'ailleurs maître de lui-même et lui donne une facilité d'opérer qu'on acquiert rarement. J'ajouterai que M. Pellier m'a communiqué, avec la plus

grande franchise, ses connoissances sur les maladies des yeux; ce qui me met à même de publier ses observations comme il me l'a permis.

J'ai cru ainsi m'acquitter de ce que je devois au public, en lui communiquant, le premier, des découvertes importantes, en même temps que je saisis avec la plus grande satisfaction, l'occasion d'annoncer que l'opérateur, quoique étranger et encore peu connu ici, est peut-être un des meilleurs oculistes qui existe aujourd'hui en Europe.

Après avoir exposé ce que j'ai appris de la pratique de M. Pellier, j'y ajouterai les remarques que j'ai faites.

Ses observations sur la cataracte sont les plus importantes; il peut presque toujours dire, en l'examinant attentivement, si elle est dure, un peu molle, ou entièrement fluide; et il est essentiel de distinguer, dès le premier abord, ces circonstances, parce qu'il varie en conséquence sa manière d'opérer. Il détermine aussi si une cataracte est grande ou petite, ce qui le dirige souvent dans les différentes parties de l'opération.

Je sais que les chirurgiens regardent en général comme impossible de déterminer avec quelque précision ces circonstances, sur-tout la consistance des cataractes; j'avoue que je pensois de même, avant que M. Pellier m'eut convaincu depuis peu du contraire, non pas tant par ses assertions que par les différentes preuves qu'il m'a données du fait. Je l'ai vu opérer plusieurs cataractes par extraction; dans toutes il a annoncé avec beaucoup de confiance avant d'opérer, quelle étoit la consistance et le volume de la cataracte; et son pronostic

s'est toujours trouvé vrai et exact. J'ai aussi appris par des voies sûres que cela lui étoit arrivé avec d'autres personnes de l'art, en présence desquelles il a opéré dans différens endroits de l'Ecossé.

La cataracte est, suivant M. Pellier, une affection morbifique qui consiste dans une opacité plus ou moins marquée du crystallin; ou de la petite quantité de fluide qui l'environne; ou de la capsule qui le renferme.

Il distingue plusieurs variétés de la cataracte, que l'on ne doit pas perdre de vue dans la pratique.

Il en cite trois principales; savoir, la cataracte vraie ou guérissable; la mixte ou la douteuse; et la fausse ou l'incurable.

I. Dans la cataracte guérissable, qu'il appelle la vraie cataracte, la prunelle conserve la faculté de se contracter et de se dilater parfaitement; le malade distingue la lueur d'une bougie, ou de tout autre corps lumineux, et même certaines couleurs vives, telles que le rouge, le verd, &c.

II. La cataracte mixte ou douteuse, est caractérisée par une contraction et une dilatation foible et lente de la prunelle, et le malade distingue à peine le jour de l'obscurité; il y a, outre l'opacité du crystallin, une affection de la rétine, ou de quelque autre partie de l'œil.

III. Dans la cataracte fausse ou incurable, l'opacité du crystallin est évidemment accompagnée d'une maladie de la prunelle, qui reste toujours immobile à quelque degré de lumière qu'on l'expose: le malade ne distingue nullement le jour le plus vif de l'obscurité la plus parfaite.

Les cataractes sont simples, ou composées, ou compliquées avec d'autres maladies.

I. La cataracte simple consiste uniquement dans l'opacité du crystallin; toutes les autres parties de l'œil sont parfaitement saines.

II. On appelle cataracte composée, celle où la cécité est produite par l'opacité du corps du crystallin, de la liqueur qui l'environne, et de la capsule.

III. L'on regarde la maladie comme compliquée, quand elle est réunie à d'autres affections des parties internes de l'œil, dont la plus fréquente est l'amaurosis.

Elle est encore assez souvent accompagnée de la dissolution de l'humeur vitrée, et quelquefois même de son opacité; cette variété est communément l'effet d'une inflammation violente. Ceux qui sont accoutumés à examiner l'œil avec attention, la distinguent aisément; et il est très-essentiel que les oculistes s'attachent à la bien connoître, parce qu'on ne doit jamais songer à l'opérer, ni par abaissement, ni par extraction. L'opération n'a jamais réussi dans cette espèce de cataracte; et, suivant l'observation de M. Pellier, il en résulte, pour l'ordinaire, une douleur violente et une inflammation des plus vives qui restent fixes et permanentes, quelque remède que l'on emploie.

L'imperforation de l'iris accompagne quelquefois la cataracte; il ne peut alors passer de lumière au fond de l'œil, et la cécité est parfaite; il y a d'autres fois des adhérences avec l'iris ou la capsule de l'humeur vitrée. L'on ne distingue guère à l'œil ces adhérences du crystallin avec la capsule de l'humeur vitrée; mais on les rencontre d'ordinaire, lorsque la maladie

tire son origine d'une inflammation vive, ou qu'elle en a été accompagnée : ces adhérences rendent toujours très-difficile l'opération par abaissement ou par extraction. M. Pellier s'imagine que ce sont elles qui empêchent l'opération par abaissement de réussir aussi souvent qu'elle le devroit ; car il croit que pour peu qu'elles aient lieu, la cataracte doit toujours remonter dès que l'on retire l'aiguille.

Il faut faire attention à plusieurs circonstances pour juger des cataractes d'après leur siège.

I. Il arrive souvent, comme nous l'avons remarqué, que le crystallin seul est affecté. — Suivant M. Pellier, les adultes, et sur-tout les vieillards, sont particulièrement sujets à cette variété.

II. Lorsque l'opacité réside dans la capsule du crystallin, si la partie antérieure seule est malade, elle paroît d'un blanc remarquable, et être très-proche de l'iris : si c'est au contraire uniquement la partie postérieure, elle est pour l'ordinaire d'une couleur grise, et l'opacité paroît profondément située.

Quelquefois après l'opération par extraction ou par abaissement, la capsule du crystallin qui étoit d'abord parfaitement saine, devient entièrement opaque, au bout de dix à douze jours. — M. Pellier appelle cette variété Cataracte Secondaire.

III. Lorsque le corps du crystallin et sa capsule sont opaques, la cataracte est communément molle et même entièrement fluide ; et il faut alors, pour ne pas rompre la capsule lorsqu'on en fait l'extraction, beaucoup d'attention, et une précision qu'acquièrent rare-

ment, suivant M. Pellier, ceux qui ne se sont pas livrés particulièrement à cette branche de la chirurgie, mais qui est aisée pour ceux qui y sont fort exercés.

IV. Les cataractes dépendent quelquefois d'une affection partielle du crystallin, et on y observe de petites taches opaques, tandis que le reste est sain. Alors la vue est toujours plus parfaite dans l'obscurité, lorsque la prunelle est très-dilatée.

Pour juger des cataractes par leur consistance, il faut particulièrement faire attention à trois circonstances.

I. La cataracte qui a une consistance ferme, est presque toujours d'une couleur brune; elle paroît en général directement derrière l'iris, et moins enfoncée que le crystallin ne l'est dans l'état ordinaire; en outre, la prunelle se dilate et se contracte très-lentement.

II. Quand elle est fluide, elle n'est pas communément blanche, mais plutôt d'une couleur de crême, presque semblable à du pus; et le plus souvent le globe de l'œil paroît dans cette variété être plein, et un peu plus gros que de coutume.

III. M. Pellier observe que quand la cataracte est ainsi fluide, la capsule est quelquefois fort épaissie. Il appelle cette variété, Cataracte Cystique.

La couleur de la cataracte est un autre point important.

I. Nous venons de remarquer que la cataracte très-fluide est communément d'une couleur de crême: néanmoins, l'on en rencontre une variété chez les enfans nouvellement nés, qui, quoique toujours fluide, est presque constamment d'un blanc laiteux. Mais dans tous les autres âges, la

cataracte blanche a en général la consistance du fromage.

II. Lorsque la cataracte est jaune, une petite portion du crystallin reste communément dure; le reste se résout en un fluide clair transparent, ce qui forme la variété communément appellée Cataracte Hydatique.

III. La cataracte noire est rare ; M. Pellier dit cependant en avoir vu plusieurs exemples. La seule maladie avec laquelle on peut la confondre, est la goutte sereine ; néanmoins avec de l'attention et de l'expérience on peut la distinguer. La goutte sereine survient communément subitement, la prunelle est d'un noir foncé, et immobile à quelque degré de lumière qu'on l'expose, le malade ne peut distinguer les couleurs ou la lumière la plus vive de l'obscurité parfaite. Dans la cataracte noire, au contraire, la cécité vient d'ordinaire lentement et peu à peu ; la prunelle se contracte et se dilate suivant le degré de lumière auquel on l'expose ; le fond de l'œil est noir, mais d'un noir moins foncé que dans la goutte sereine ; et le malade distingue la lumière et les couleurs vives. En un mot, les symptomes de cette variété ressemblent exactement à ceux de la cataracte ordinaire, excepté que l'opacité est noire au lieu d'être blanche.

M. Pellier ne s'arrête ni à la couleur ni à la consistance, pour juger de la maturité de la cataracte : il croit toujours l'opération convenable, lorsque l'opacité est parvenue au point de priver le malade de la vue, pourvu qu'elle ne soit pas compliquée de quelque autre maladie incurable, et que la constitution soit bonne. Il donne toujours la préférence à l'ex-

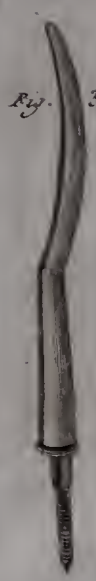
traction, et il n'opère par abaissement que dans quelques cas où la prunelle est extrêmement petite. Il prépare toujours à l'opération par une diète de cinq ou six jours ; il donne deux ou trois purgatifs composés de sel et de séné ; et quand les malades sont pléthoriques, il tire dix à douze onces de sang.

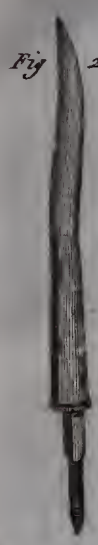
Il fait, pour extraire la cataracte, l'incision de la cornée dans l'endroit ordinaire, et il lui donne la même largeur que de coutume ; sa méthode diffère néanmoins par quelques circonstances qui lui sont particulières.

Au lieu de placer son malade le visage vis-à-vis du grand jour, il le fait asseoir le côté tourné au jour. Pour opérer sur l'œil gauche, il se sert de la main droite, et il place le côté droit du malade vers la fenêtre. Il se sert toujours de la main gauche pour opérer sur l'œil droit ; et alors il fait asseoir le malade, le côté gauche tourné vers la lumière.

Le malade étant assis, et l'œil sur lequel on ne doit pas opérer recouvert d'une bande, un aide soutient la tête par derrière, et fixe en même temps l'œil avec le speculum, fig. 5, planche XXXIX. La figure représente l'instrument dans toute sa grandeur : il est de fil-de-fer, mais on peut le faire d'or, d'argent, ou de tout autre métal. L'aide appuie la tête du malade contre sa poitrine, et tenant une main sous le menton, il prend cet instrument de l'autre, dont il place la courbure arrondie A sur la paupière supérieure, immédiatement derrière le tarse, puis pressant doucement et par degrés l'œil, il en fixe la partie supérieure, tandis que l'opérateur avec le doigt du milieu et l'index de sa main gauche, il fixe inférieurement, lorsqu'il doit opé-

Planche XXXIX.





Jallet Scul.

rer sur l'œil gauche, en même temps qu'il abaisse la paupière inférieure. Ce speculum fait rentrer presque entièrement la paupière supérieure dans l'orbite ; mais elle reprend sa situation naturelle dès que l'on retire l'instrument.

L'œil étant ainsi fixé, l'on met le bistouri, fig. 1, planche XXXIX, attaché à son manche, dans la main droite de l'opérateur, qui fait alors une incision dans la cornée à la manière ordinaire ; mais M. Pellier est parvenu à faire cette opération avec une telle dextérité, que quand la pointe du bistouri se trouve vis-à-vis de la prunelle, il la plonge dans le crystallin en traversant la prunelle ; il retire ensuite l'instrument lentement, porte la pointe en avant au côté opposé de l'œil, et termine l'opération comme on a coutume : lorsqu'il est à la dernière partie de l'incision, il fait la plus grande attention à la compression que produit le speculum, et il recommande à l'aide de l'ôter entièrement avant que l'incision soit terminée, pour empêcher que l'humeur vitrée ne s'échappe.

Cela fait, on ferme sur le champ les paupières ; et pendant qu'elles sont dans cet état, l'on fait une pression lente, insensible sur le globe, avec l'extrémité plate de l'instrument appellé curette, fig. 1, planche XLII, que l'on place immédiatement au-dessus du cartilage de la paupière supérieure. L'on empêche par ce moyen la lumière de frapper l'œil ; la prunelle restant par conséquent dilatée, l'on fait sortir le crystallin plus facilement ; et pourvu que l'on fasse la compression avec précaution, il ne sort rien de l'humeur vitrée.

Lorsque la cataracte ne sort pas en entier,

comme il arrive quelquefois, ou quand elle adhère aux parties voisines, l'on introduit le bout de la curette à travers la prunelle, pour en détacher peu à peu toutes les adhérences, en même temps que l'on fait sortir par l'ouverture de la cornée toutes les parties du crystallin qui sont détachées; ou bien l'on se sert quelquefois, au lieu de la curette, du cystotome, fig. 3, planche XL, pour détruire ces adhérences.

Dans le cours de cette opération, l'iris est dans quelques cas trop poussée en avant et passe dans la chambre antérieure de l'œil, ou même entièrement à travers de l'incision de la cornée. Pour prévenir les mauvais effets qui pourroient résulter de cet accident, M. Pellier introduit dans l'incision de la cornée le côté plat de la curette, de manière à retenir, par la compression, l'iris dans sa situation naturelle.

Telle est la manière ordinaire d'opérer de M. Pellier; mais il peut se rencontrer des circonstances qui exigent quelques variétés dans l'opération. Les plus essentielles sont les suivantes : lorsqu'il y a des signes qui indiquent que la cataracte est fluide et qu'il n'y a pas d'opacité de la capsule, au lieu de faire à la cornée une ouverture de la grandeur ordinaire, il introduit un bistouri, dont la pointe est tranchante et le dos légérement convexe, dans la partie inférieure de la cornée transparente, à une distance convenable de l'iris; il fait d'abord une incision longue d'une ligne et un cinquième, et pousse ensuite la pointe de l'instrument supérieurement, jusqu'à ce qu'il soit vis-à-vis de la prunelle ; alors il le conduit avec précaution jusqu'à ce qu'il ait atteint le crystallin, et après avoir fait dans la capsule une ouverture suf-

fisamment grande pour évacuer le fluide qui y est contenu, il retire l'instrument avec autant de précaution qu'il l'a introduit, et termine ainsi l'opération: comme la cataracte est fluide, elle passe aisément sans aucune compresion.

Lorsqu'au contraire il y a lieu de soupçonner qu'une partie de la capsule est opaque et la cataracte molle ou fluide, ou même lorsqu'il croit que la capsule seule est malade, il évite avec soin de l'ouvrir ou de la briser dans le cours de l'opération; car, dit-il, si l'un de ces deux accidens arrivoit, l'extraction seroit difficile. Il fait donc avec la curette une pression graduée, comme nous l'avons dit, pour faire sortir le crystallin contenu, à ce qu'il croit, dans sa capsule ou son kyste, et il assure qu'il y réussit toujours sans faire sortir aucune portion de l'humeur vitrée. Il pense cependant qu'il est nécessaire, dans quelques cas, de passer l'extrémité de la curette à travers la prunelle, pour séparer la capsule du crystallin des parties contiguës; mais cela même, ajoute-t-il, ne nuit à aucune partie de l'œil. La différence qu'exige cette variété dans le traitement, suffit pour nous faire connoître combien il est important de juger du véritable état de la cataracte par les apparences externes.

Il est on ne peut plus essentiel, lorsqu'on opère la cataracte par extraction, d'éviter de toucher l'iris avec le bistouri; et comme cela est fort difficile, lorsque l'œil n'est pas très-saillant, M. Pellier se sert, dans ces cas, d'un bistouri convexe du côté qui passe près de l'iris. J'ai fait représenter un de ces instrumens, planche XXXIX, fig. 2. Il ne diffère d'ailleurs nullement du bistouri dont il fait usage

dans les cas ordinaires, lequel est représenté fig. 1 de la même planche.

L'humeur aqueuse s'échappe quelquefois en trop grande quantité pendant l'opération, avant que la pointe du bistouri ait traversé une assez grande portion de l'œil, pour sortir par le côté opposé de la cornée : cela arrive souvent lorsque la main de l'opérateur n'est pas parfaitement assurée ; et comme l'iris est sujette alors à passer devant la pointe de l'instrument, M. Pellier conseille de retirer le bistouri, pour introduire par l'ouverture de la cornée celui de la fig. 3, dont la pointe est mousse ; de porter lentement cette pointe au côté opposé de l'œil, et de faire dans cet endroit avec l'autre bistouri pointu ou avec une lancette ordinaire, une seconde incision suffisamment grande pour que l'extrémité du bistouri, dont l'extrémité est obtuse, puisse sortir : l'on finit alors l'opération suivant la manière ordinaire, en portant l'instrument en avant, et faisant une incision semi-lunaire à la partie inférieure de la cornée.

Lorsque l'on a extrait la cataracte, il est d'usage de présenter une montre, ou quelque autre objet au malade, pour s'assurer du succès de l'opération. M. Pellier a quelquefois été obligé de consentir à cet usage, mais il le désapprouve. Il ferme, au contraire, sur le champ les paupières, et couvre chaque œil d'un petit sac de vieux linge doux, ou de coton, à moitié plein d'une laine fine et molle. Ces sacs s'appliquent secs, et s'attachent avec des épingles à un bandage circulaire de vieux linge que l'on passe autour du front, et que l'on retient en place avec une pareille bande de linge que l'on fait passer au-dessous du men-

ton, et sur la partie supérieure de la tête ; l'on fixe l'un et l'autre avec des épingles au bonnet qui est au-dessous.

L'on déshabille ensuite le malade, et on le couche le plus doucement possible dans son lit, sur le dos, la tête très-peu élevée : on le laisse autant qu'il est possible dans cette situation pendant les six ou huit premiers jours ; il n'y en a pas de plus convenable pour guérir promptement la plaie de la cornée. Peu d'heures après l'opération, M. Pellier ordonne toujours une saignée de huit à dix onces, à moins que le malade ne soit fort exténué. Il recommande une diète sévère ; il donne un narcotique, et préfère de petites doses fréquemment réitérées à de fortes doses données à la fois, parce que ces dernières produisent souvent des mal-aises et le vomissement, ce qu'il faut absolument éviter ; car rien ne nuit plus à l'œil que les efforts que l'on fait pour vomir, tousser et éternuer : c'est pourquoi il défend d'user du tabac, sous quelque forme que ce soit, les huit ou dix premiers jours.

Il faut entretenir le ventre modérément libre par de doux purgatifs ; lever l'appareil le quatrième ou le cinquième jour ; et après avoir nettoyé l'œil de la matière qui s'y trouve amassée, et soulevé avec soin la paupière pour examiner l'état de la plaie, on remettra le même bandage. A compter de ce moment, on renouvellera l'appareil tous les deux jours, et dix à douze jours après l'opération on lavera l'œil avec une foible dissolution de saturne, avant d'appliquer un nouveau bandage ; mais on doit jusques là préférer le lait coupé avec de l'eau tiède. Vers la fin de la troisième semaine, on pourra supprimer

entièrement les sachets de laine, que l'on diminuera d'abord peu à peu, et les remplacer par un morceau de soie verte. Si rien n'interrompt la curation, l'on peut augmenter par degrés la nourriture. Quand l'opération n'a été faite que sur un œil, M. Pellier permet communément au malade de sortir à la fin de la quatrième semaine, jamais plutôt; alors même il recommande de bien couvrir les yeux: mais quand on a opéré les deux yeux, il conseille de garder la chambre au moins six semaines.

Telle est la marche que suit M. Pellier, dans les cas ordinaires; et il attribue une grande partie du succès de ses opérations à l'observation rigoureuse de ces préceptes. Dans quelques cas néanmoins où il y a une disposition particulière du système à l'inflammation, il faut employer d'autres remèdes.

L'œil s'enflamme quelquefois tellement peu d'heures même après l'opération, qu'une seule saignée ne suffit pas. Il conseille alors d'appliquer les sang-sues aux environs de l'œil; et s'il faut une seconde ou une troisième évacuation générale, il fait tirer du sang du pied, parce que l'expérience lui a appris que cette saignée étoit plus utile que celle du bras ou de la gorge. Il fait boire abondamment une émulsion de gomme arabique, dans laquelle il met du nitre à grande dose. Il regarde les pédiluves souvent réitérés comme très-utiles; et il dit que rien ne lui a paru plus avantageux pour diminuer la douleur violente qu'excite communément l'inflammation qui succède à cette opération, qu'un liniment composé de blanc d'œuf et d'alun en poudre, battus long-temps ensemble. L'on en applique un peu toutes les deux heures sur

l'œil, entre les plis d'un morceau de vieux linge mollet. Ce remède diminue la douleur, et arrête plus sûrement que tout autre les progrès de l'inflammation : c'est pourquoi M. Pellier l'emploie toutes les fois que l'œil commence à s'enflammer.

Il ajoute quelquefois au blanc d'œuf, au lieu d'alun, trois grains de vitriol blanc et autant de sucre de saturne, dissous dans une cuillerée d'eau rose; l'on bat bien le tout jusqu'à ce qu'il forme une écume blanche; l'on introduit trois ou quatre fois le jour, avec un petit pinceau, un peu de ce mélange entre les paupières, et on les recouvre d'un sachet de linge fin dans lequel on met du même mélange. Lorsque la chaleur et la douleur qui accompagnent l'inflammation commencent à se modérer, il conseille un cataplasme fait avec une pomme mûre, bien bouillie dans l'eau, dont on exprime l'eau, et à laquelle il ajoute un peu de camphre et de safran en poudre.

En continuant ces moyens un temps convenable, l'on parvient communément à dissiper enfin l'inflammation. Dans quelques cas cependant, malgré toute l'attention que l'on y apporte, chaque symptome s'aggrave, les vaisseaux de la conjonctive se gonflent extraordinairement; les paupières s'enflent et deviennent très-grosses; la douleur qui étoit déjà vive devient insupportable : rien n'est plus propre alors pour arrêter les progrès de l'inflammation que de tirer une grande quantité de sang des parties affectées même, en y faisant des incisions. Il suffit quelquefois, pour cet effet, de diviser simplement les vaisseaux gorgés avec une lancette, ou un petit bistouri; mais il est, en

général, plus avantageux d'enlever de petites portions de différentes parties de la surface interne des paupières avec de petits ciseaux convexes, tels que ceux qui sont représentés planche XXXIX, fig. 4. Il est rare, suivant ce qu'observe M. Pellier, que ce moyen ne soulage sur le champ, et il n'en a jamais vu résulter aucun inconvénient. Comme l'œil est alors dans un état très-fâcheux, il ne faut rien négliger de ce qui donne quelque espoir de prévenir le danger le plus urgent; car si l'on n'y remédie promptement, la suppuration s'établit bientôt dans les membranes de l'œil, ou dans l'une des chambres, ou même dans toutes les deux.

Lorsque des signes évidens indiquent que le pus est formé, on le fait quelquefois couler lentement par l'incision de la cornée, en faisant un usage fréquent des vapeurs émollientes tièdes, dirigées particulièrement sur l'œil, au moyen d'un entonnoir de carton : mais lorsque cela n'a pas réussi au bout de quarante-huit heures, il faut, sans perdre plus de temps, évacuer le pus en faisant une incision dans la partie la plus déclive de l'abcès, lorsqu'il est situé dans la substance de la cornée; ou rouvrir les lèvres des incisions que l'on a faites pour extraire la cataracte, si l'amas s'est formé dans l'une des chambres de l'œil. Ce moyen dissipe sur le champ la douleur, et est le seul qui donne quelque espoir de conserver l'œil.

Les malades sont encore exposés à un autre accident désagréable, pendant les deux ou trois premières semaines qui suivent l'opération; il survient une espèce de staphylome, ou de tumeur herniaire, formée par l'iris, ou par quelqu'autre partie, entraînée dans l'ouverture de la

la cornée, par une toux violente, par l'éternuement ou quelque autre effort; ou même parce que l'on a découvert l'œil trop tôt et trop fréquemment, avant que la cicatrice fût assez forte pour résister à la compression qu'on lui fait alors éprouver. Lorsque la tumeur survenue de cette manière est médiocre, on la dissipe communément en la touchant souvent avec un petit pinceau trempé dans l'extrait de saturne de Goulard, concentré par l'évaporation, ou dans quelque escarotique antimonial doux. M. Pellier observe qu'il n'y a aucun danger de faire cette tentative, pourvu que le caustique ne touche que la partie malade, sans porter sur le reste de l'œil, et que l'on trempe sur le champ le globe dans du lait, ou dans quelque décoction émolliente, tièdes : mais quand la maladie est plus avancée, et que la tumeur est devenue ferme et solide, il vaut mieux l'enlever entièrement avec le bistouri ou les ciseaux; ou bien si une partie de l'humeur aqueuse est renfermée dans une production membraneuse mince, comme il arrive quelquefois, il suffit en général d'y faire, avec une lancette, une incision d'une grandeur convenable pour évacuer cette humeur. Il est à peine nécessaire d'observer que ces opérations pourroient être plus nuisibles qu'utiles, si l'on n'apportoit ensuite le plus grand soin dans le traitement. Il faut observer le régime antiphlogistique avec la plus grande exactitude, couvrir légerement l'œil avec un petit sachet, rempli de laine molle, tel que celui dont nous avons parlé ci-dessus, ou avec une compresse de vieux linge imbibée d'une foible dissolution de sucre de saturne.

La méthode de M. Pellier, pour extraire la

cataracte, que nous avons ainsi tâché de décrire, et le traitement qu'il recommande dans les accidens qui succèdent quelquefois à l'opération, sont le résultat d'une longue expérience, et réussissent communément mieux que tous les autres moyens connus. L'on ne peut douter qu'une grande partie des succès de M. Pellier est due à la dextérité singulière avec laquelle il opère; néanmoins l'on doit aussi compter pour beaucoup l'attention scrupuleuse qu'il apporte à chaque symptome, très-long-temps après l'opération. Les oculistes ordinaires, sur-tout la majeure partie des ambulans, s'imaginent que quand l'opération est bien faite, et que la cataracte sort facilement, il reste peu de chose à faire à l'opérateur. M. Pellier pense bien différemment; il regarde le traitement qui suit l'opération comme tellement nécessaire, qu'il ne se détermine que difficilement à opérer, lorsqu'il ne peut suivre le malade deux ou trois semaines après; il prévient souvent, par des soins assidus et constans, des symptomes alarmans, qui, dans beaucoup de cas, pourroient même suffire pour faire manquer des opérations qui seroient, en y apportant une attention convenable, suivies du succès le plus complet. Ce dont j'ai vu plusieurs exemples.

Je me suis fort étendu, dans la première partie de cet ouvrage, sur les avantages respectifs des deux manières d'opérer la cataracte par abaissement et par extraction; et j'ai alors tenté de prouver que la première méthode méritoit la préférence: si cependant l'expérience prouve que celle de M. Pellier procure des avantages plus durables, je suis prêt à abandonner mon opinion; je me propose en consé-

Planche XL.

quence d'examiner avec soin les suites des opérations qu'il a faites en Ecosse; et comme il est probable qu'elles seront intéressantes pour le public, je compte lui en donner, un jour, le résulat.

Je diffère de M. Pellier en deux points importans dans cette opération. Lorsqu'il juge convenable d'ouvrir la capsule du crystallin, il le fait souvent, comme nous l'avons observé, en introduisant dans la prunelle, même avant que l'incision soit terminée, la pointe du bistouri dont il s'est servi pour faire l'incision de la cornée.

Il est possible qu'un opérateur aussi adroit que M. Pellier, exécute cela dans tous les cas sans danger; mais comme la plupart des chirurgiens pourroient, en l'imitant, risquer de blesser l'iris, on ne doit pas rendre cette pratique trop commune. Car lorsqu'il faut ouvrir la capsule du crystallin, il vaut certainement mieux le faire après avoir terminé l'incision de la cornée, et y passer, en relevant d'abord la languette que l'on a formée, l'extrémité de la sonde mousse, représentée planche XXX, fig. 5, vol. III, ou du cystotome, de la planche XL, fig. 3.

Le second point dans lequel je diffère de M. Pellier, est la possibilité d'enlever la capsule du crystallin sans affecter essentiellement l'œil.

Lorsque la cataracte est d'une consistance ferme, et que l'on croit la maladie entièrement bornée au crystallin, M. Pellier ouvre souvent la capsule, comme je viens de le décrire, pour extraire plus facilement le crystallin, et alors il laisse la capsule dans l'œil. Mais si après l'opération il trouve la capsule même opaque, ou s'il remarque qu'une partie étoit opaque avant,

il conseille de l'enlever très-soigneusement avec de petites pinces: quand au contraire il soupçonne que la cataracte est fluide et forme ce qu'il appelle une cataracte cystique ou hydatique, il évite d'ouvrir la capsule, et recommande de la tirer avec le crystallin qu'elle renferme; ce que l'on peut faire, à ce qu'il dit, de la manière que nous l'avons indiqué, en faisant une pression égale et graduée sur le globe de l'œil aussi-tôt que l'on a ouvert la cornée; ou en détruisant, avec la curette que l'on passe à travers la prunelle, toutes les adhérences formées entre la capsule du crystallin et les parties contiguës.

Je n'ai pas vu, il est vrai, M. Pellier enlever la capsule après avoir extrait le crystallin; car pendant son séjour ici, il ne s'est trouvé aucun cas qui l'ait obligé de recourir à ce moyen: il m'a donné cependant de grands détails sur la manière dont il le met à exécution, en introduisant de petites pinces par la prunelle. Mais comme je ne puis concevoir comment cela peut s'exécuter sans affecter l'œil essentiellement, je tiendrai, jusqu'à ce que j'aie des preuves évidentes qu'on l'a pratiqué avec succès, à ma première opinion (1); Quand on me donnera ces preuves, je les recevrai avec une grande satisfaction, en ce qu'elles pourront, dans beaucoup de cas, contribuer à perfectionner singulièrement cette opération.

Je vais examiner maintenant s'il est possible d'enlever la capsule en entier avec le crystallin. Plusieurs personnes de l'art qui habitent ce pays, ont eu des occasions de voir M. Pellier extraire

(1) *Voyez* vol. III.

des cataractes, qu'ils croient être dans ce cas. Je l'ai vu opérer dans deux circonstances de ce genre où il s'est imaginé, ainsi que plusieurs de ceux qui l'environnoient, avoir enlevé la véritable capsule avec le crystallin; mais comme je me suis formé une opinion différente sur cet objet, je crois devoir donner les raisons qui m'ont décidé à l'adopter.

I. La capsule de l'humeur vitrée, ainsi que celle qui renferme la lentille, sont si intimement unies entre elles, qu'il est difficile, peut-être même impossible aux meilleurs anatomistes, de déterminer si elles sont des productions séparées ou non : au moins leur union est si intime, qu'elles paroissent formées de la même substance; car le crystallin est environné d'une membrane qui paroît être une lame mince de celle qui forme la capsule de l'humeur vitrée. Je sais que l'on a prétendu le contraire; mais quiconque voudra en faire l'expérience, reconnoîtra que la capsule du crystallin paroît être exactement telle que je viens de l'indiquer, c'est-à-dire, une production de l'autre; et il n'est pas possible de les séparer sans déchirer ou détruire quelque partie de l'une des deux ou toutes deux: or, si cela arrive lorsque l'on a mis à découvert toutes les parties que renferme l'œil, et lorsqu'on est aidé de tous les secours que procure une dissection scrupuleuse, il me paroît impossible de les séparer en faisant l'extraction de la cataracte, sans blesser très-gravement le reste de l'œil, et sur-tout de l'humeur vitrée.

II. Pour exécuter cette partie de l'opération, c'est-à-dire, pour tenter d'extraire la capsule du crystallin en entier, M. Pellier se sert d'un moyen qui ne me paroît pas propre à remplir

l'objet qu'il se propose. Il le fait communément en comprimant peu à peu et également le globe de l'œil sans introduire de pinces. Or, il est difficile de concevoir comment la compression de l'œil peut détruire l'union intime qui a certainement lieu entre la capsule de l'humeur vitrée et celle du crystallin; souvent la compression les fait sortir toutes deux, mais aucun opérateur ne voudroit produire cet effet, et personne ne l'évite plus sûrement que M. Pellier; de manière qu'il lui arrive rarement de faire sortir l'humeur vitrée, même en partie. Dans quelques cas, il est vrai, il introduit, comme nous l'avons remarqué, sa curette à travers la prunelle, pour détacher la capsule du crystallin des parties contiguës; mais il convient que cela n'est pas toujours nécessaire: d'ailleurs, il y a tout lieu de soupçonner que par cette pratique l'on doit souvent blesser l'œil.

III. Lorsque l'on observe, comme nous l'avons déjà remarqué, pendant l'extraction ou après, que la capsule du crystallin est opaque, M. Pellier même ne tente pas de l'enlever par la compression, mais il se sert pour cela de pinces qu'il passe à travers la prunelle. Or, si la compression réussit dans une variété de la maladie, elle doit probablement réussir aussi dans les autres, et l'usage des tenettes devenir par conséquent inutile: M. Pellier convient même que cette méthode par la compression ne réussit que dans la cataracte hydatique ou molle.

IV. Cependant, comme plusieurs personnes de l'art ont vu, tant ici qu'ailleurs, M. Pellier extraire la cataracte environnée, à ce qu'ils s'imaginoient, de sa capsule propre, et comme il assure avec confiance qu'on peut y parvenir

par la compression seule, l'on demandera comment peut s'expliquer cette contradiction apparente. Je ne peux l'expliquer qu'en admettant que dans tous les cas où l'on regarde cette pratique d'extraire la capsule en entier comme admissible, il s'est formé une nouvelle membrane contre nature, entre la capsule du crystallin; cette membrane étant naturellement plus solide que la capsule même, et très-peu adhérente aux parties contiguës, si même elle l'est, il est aisé de voir comment on peut la faire sortir en entier, même par une compression modérée, et combien il est aisé que les spectateurs s'y trompent. La première fois que je vis M. Pellier mettre cette méthode à exécution, l'on m'avoit déjà prévenu qu'il enlevoit toute la capsule avec le crystallin. Des personnes respectables m'avoient appris qu'il l'avoit fait plusieurs fois à Glascow, et comme j'ai vu, à n'en pouvoir douter, le crystallin sortir environné d'un sac membraneux, j'avoue que j'étois prêt d'adopter l'opinion de M. Pellier: mais en y réfléchissant de nouveau, les raisons que je viens de donner m'ont paru propres à renverser même ce qui paroissoit évident à la vue, et j'ai depuis rencontré un cas qui ne me laisse plus aucun doute sur cet objet. M. Pellier avoit extrait une cataracte molle, environnée de cette membrane ou de ce sac absolument entier. J'étois d'abord fort tenté de croire que c'étoit la capsule propre du crystallin, comme on me l'avoit dit; car l'on sait que cette tunique est extrêmement fine et délicate; la membrane au contraire dont il s'agit avoit une telle solidité qu'il falloit une certaine force pour la déchirer. Le malade distinguoit cependant les objets imm-

diatement après l'opération, et on ne pouvoit encore bien réfuter ce qu'on avançoit alors à ce sujet. Mais par une cause quelconque, peut-être par l'inflammation de l'œil, il survint au bout de peu de temps une opacité dans l'ancienne place du crystallin, directement derrière la prunelle ; cette opacité avoit toutes les apparences d'une vraie cataracte ; et elle subsiste encore, quoique l'inflammation soit dissipée. De quelque manière qu'expliquent ce fait ceux qui sont portés à soutenir l'opinion contraire, il est pour moi une preuve convaincante qu'il y a eu quelque erreur dans les cas où l'on a cru extraire la capsule en entier avec le crystallin ; car dans celui dont il s'agit, où l'on s'est imaginé enlever entièrement la capsule, l'opacité qui est survenue, et qui subsiste encore, paroît évidemment résider dans la capsule, et non ailleurs. D'où je conclus que ceux qui ont cru enlever la capsule en entier, ont été trompés, en ce que le crystallin étoit enveloppé d'un sac ou kyste contre nature, formé peut-être par une transudation inflammatoire de la surface interne de la capsule : je pense, sans oser néanmoins assurer positivement que cette production se forme toujours ainsi, que c'est l'explication la plus vraisemblable que l'on en puisse donner.

Il n'est cependant pas douteux que l'on doit, dans cette variété de cataracte, tenter l'extraction de cette membrane ; car tant qu'elle reste dans l'œil, la vue ne peut être parfaite. Mais si l'on me permet de m'écarter de l'opinion d'un homme aussi habile que M. Pellier dans les matières de ce genre, j'observerai qu'on ne doit pas tenter l'extraction des cataractes, même

les plus fluides, sans ouvrir suffisamment la capsule, pour en évacuer ce qui y est contenu: car, comme le kyste dont nous avons parlé ne paroît pas adhérer fortement aux parties voisines, il y a apparence qu'on doit l'en séparer aussi facilement lorsqu'il est entièrement vuide que quand il est parfaitement plein; et alors on le fait passer à travers la prunelle avec beaucoup moins de danger de blesser l'iris; ce qui, comme nous avons tâché de le prouver ailleurs, est peut-être l'objet le plus important de l'opération.

Telles sont les remarques que j'avois à faire sur la théorie et la pratique de M. Pellier à l'égard de la cataracte. Si de nouvelles observations peuvent me convaincre que j'ai tort, je suis prêt à reconnoître mon erreur; mais en attendant, les raisons que j'ai données paroissent prouver qu'il ne convient nullement d'enlever la capsule par lambeaux, en passant une pince à travers la prunelle, et qu'il est également impossible de la faire passer en entier avec le crystallin.

La pratique de M. Pellier ne se borne pas, comme nous l'avons déjà remarqué, au traitement de la cataracte. Il est également expert dans toutes les maladies des yeux, et l'expérience l'a mis à portée de les traiter avec beaucoup de succès; mais nous nous bornerons à exposer ici les découvertes qui paroissent les plus importantes dans sa pratique.

Dans le traitement de l'ophthalmie ou de l'inflammation des yeux, il condamne l'usage des émolliens, quelle que soit la cause de la maladie, et il s'en tient uniquement aux remèdes d'une nature opposée. Lorsqu'une inflammation violente et de longue durée, ne cède pas aux moyens ordinaires, il recommande de couper hardiment

les vaisseaux gorgés de la conjonctive, et pour mieux assurer le succès de l'opération, il fait l'incision tout autour du globe de l'œil, sur la partie qui paroît la plus enflammée. Le bistouri courbe à pointe tranchante, planche XLI, fig. 5, est l'instrument qu'il regarde comme le plus propre à cette opération. Mais je crois que ceux qui ne sont pas accoutumés à faire usage de ce bistouri réussiront mieux avec celui de la planche XXXI, fig. 3, vol. III. (1)

Les scarifications finies, l'on baigne sur le champ l'œil dans le lait et l'eau tiède, pour aider, autant qu'il est possible, le sang à sortir. M. Pellier conseille ensuite d'introduire entre les paupières un peu de l'onguent suivant au bout d'un stylet mousse, de réitérer cette application une ou deux fois le jour, tant que la maladie continue, et d'employer en même temps, matin et soir, une foible dissolution de saturne en lotion.

Prenez, Mercure précipité rouge,
Pierre calaminaire préparée,
de chaque. . . . . un gros et demi.
Litharge préparée. . . . . un gros.
Tutie préparée. . . . . un demi-gros.
Cinnabre naturel. . . . . un scrupule.

Réduisez le tout en poudre très-fine, mêlez avec deux onces de sain-doux, et ajoutez-y quinze gouttes de baume du Pérou.

---

(1) J'étois absolument de cette opinion lorsqu'on imprimoit la première édition de ce volume; mais j'ai eu depuis diverses occasions d'essayer l'instrument de M. Pellier, et je lui dois la justice d'avouer qu'il réussit mieux qu'aucun de ceux dont je me suis servi jusqu'ici.

Planche XLI.

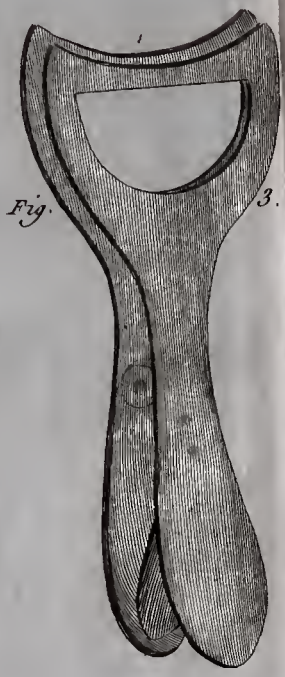


Fig. 3.

Fig. 2.

Fig. 1.

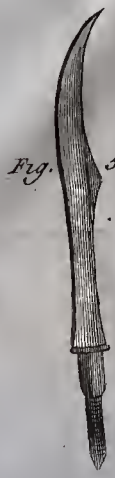
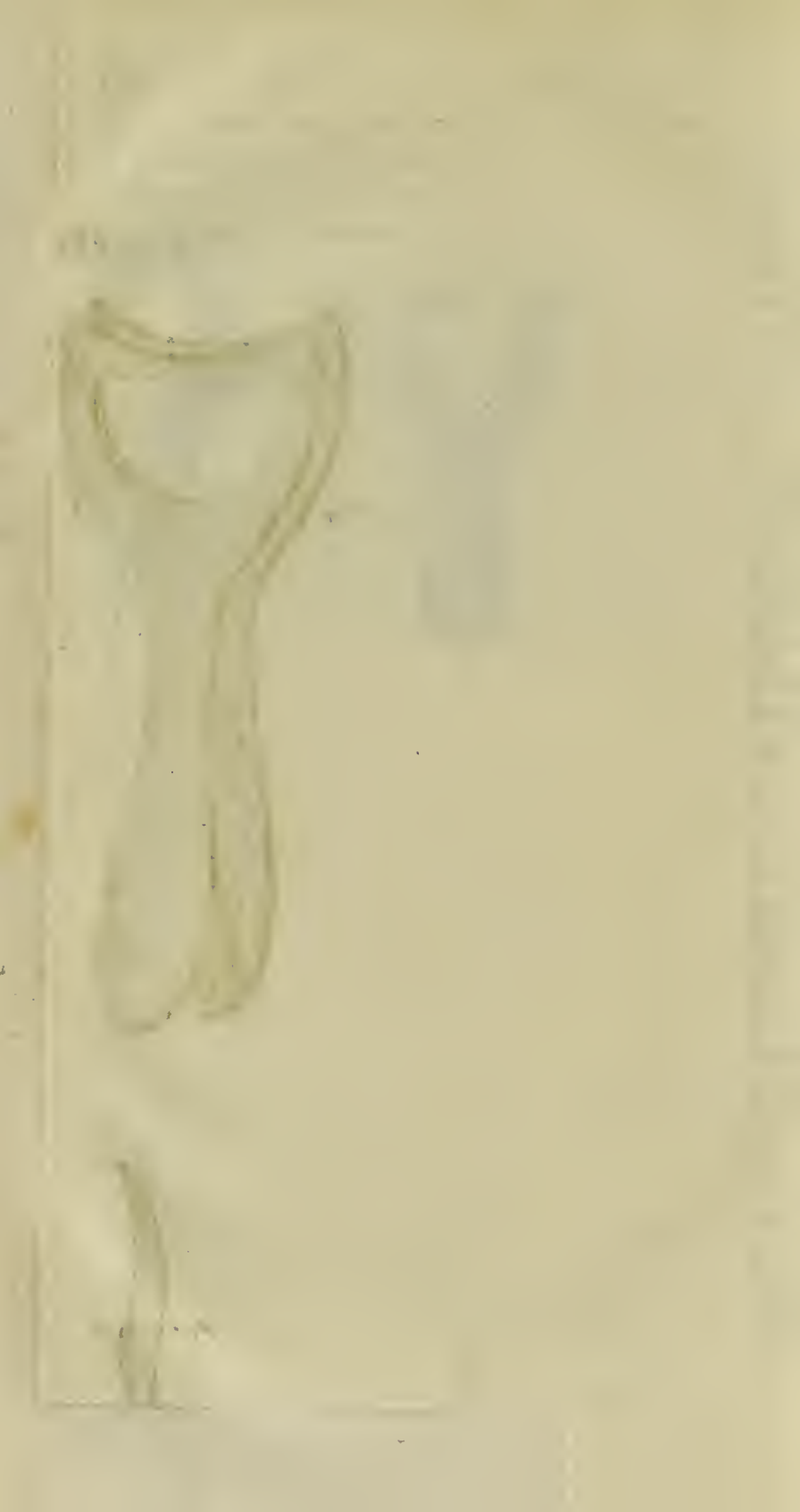


Fig. 5.

Fig. 4.

Traillet Sc



M. Pellier emploie hardiment et avec beaucoup de succès cet onguent dans toutes les maladies des yeux, produites par l'inflammation, ou dans lesquelles l'inflammation survient; il l'a trouvé sur-tout utile dans les cas d'albugo ou de leucoma, où les applications corrosives sont admissibles.

Il arrive quelquefois dans la petite vérole, ainsi que dans les vives inflammations de l'œil, quelle que soit leur cause, que le centre de la cornée reste opaque, par le pus qui se forme entre ses membranes. Lorsque les remèdes ordinaires n'emportent pas cette opacité, et que l'iris, la rétine et les autres parties de l'œil sont saines, M. Pellier conseille une opération qui lui a plusieurs fois réussi. Le centre de la cornée étant opaque, les rayons de lumière ne peuvent traverser la prunelle pour parvenir au fond de l'œil; mais lorsque les côtés ou le bord externe de la cornée transparente restent clairs et ne sont pas affectés, on peut faire passer la lumière à la rétine, en agrandissant la prunelle; ce qui, suivant M. Pellier, peut s'exécuter sans danger, en faisant une incision d'un côté de l'iris à l'autre. Il s'y prend de la manière suivante : il fait d'abord une incision dans la partie saillante de la cornée, de même que pour extraire la cataracte : il introduit ensuite une petite sonde cannelée, au-dessous de la languette de la cornée, à travers la prunelle; il passe d'abord cette sonde dans une direction horizontale, immédiatement derrière l'iris, vers l'angle externe de l'œil; puis il prend de petits ciseaux courbes, dont il passe une branche dans la cannelure de la sonde, et coupe d'un seul coup cette partie de l'iris; alors il retire

les instrumens, et fait une incision semblable au côté opposé de l'œil. Par ce moyen, lorsque l'opacité est bornée au centre de la cornée, comme il arrive souvent, les rayons de lumière qui passent par ses bords, se portent au fond de l'œil, parce que la prunelle s'étend d'un côté de l'iris à l'autre; et l'on procure ainsi un degré de vision qu'on ne pouvoit avoir autrement. Il est aisé de concevoir qu'il est impossible de rétablir parfaitement la vue, lorsque l'œil est dans cet état; car différentes causes s'y opposent; mais il est fort important pour une personne qui étoit totalement aveugle, d'être en état de trouver son chemin, et d'aller sans guide d'un endroit à l'autre, ce que M. Pellier a obtenu plusieurs fois par cette opération: et je crois que le public lui est redevable de l'avoir le premier proposé.

Après l'opération on bande l'œil, et on le traite de même, et avec autant d'attention qu'après l'extraction de la cataracte; car, lorsque l'œil a été aussi irrité, les suites de l'inflammation sont fort à craindre, si on ne la prévient.

Nous avons dit, en décrivant la méthode de diviser l'iris, qu'il falloit se servir de ciseaux, parce que cette membrane qui est lâche et sans soutien, ploie sous la pointe du bistouri le plus tranchant. Lorsque l'on introduit la sonde cannelée et les ciseaux, il faut prende garde en les faisant passer entre l'iris et le crystallin, de ne pas blesser ce dernier ou sa capsule, en supposant que la maladie ne soit pas compliquée de cataracte; car si le crystallin est opaque, il faut l'extraire.

M. Pellier a un grand talent pour le traitement de la fistule lacrymale: il est rare que

l'on obtienne aucun avantage permanent dans cette maladie, par les moyens dont font usage les oculistes ordinaires; ceux même qui sont les plus exercés à la traiter n'obtiennent souvent aucun succès. M. Pellier ne prétend pas toujours réussir, mais cela lui arrive le plus communément, et je sais que sa méthode a souvent été heureuse dans des cas où les autres avoient été tentées inutilement.

L'on se propose, dans la fistule lacrymale confirmée, de former une ouverture entre le sac lacrymal et la narine correspondante. L'on y parvient de différentes manières : — En essayant avec un stylet mousse de découvrir le passage naturel; ou si l'on n'y réussit pas, en faisant une ouverture artificielle dans l'os unguis; et quand aucun de ces moyens n'est suffisant, on laisse une canule ou un tube dans l'ouverture naturelle ou artificielle, pour conduire les larmes au nez.

L'expérience apprend que l'opération manque quelquefois, parce que le passage se bouche de nouveau : soit que cela arrive quand on a rouvert le passage naturel, ou quand l'on en a formé un autre, la plupart des oculistes seroient d'avis de laisser un tube dans l'ouverture, s'il n'étoit pas sujet à un grand inconvénient, c'est-à-dire, si l'on n'étoit pas incertain de le fixer à demeure dans la place où on l'a mis d'abord; car l'on n'a trouvé jusqu'ici aucun moyen sûr d'empêcher la canule de se relever et de sortir de l'ouverture qu'elle occupe dans l'angle de l'œil, ou de tomber en bas et de s'échapper par le nez. L'on a gravé dans la planche XXXVIII, vol. III, différentes espèces de tubes, dont l'on a fait usage dans cette vue;

et je pense qu'entre ces tubes, ceux des fig. 3 et 10 doivent en général réussir; car lorsqu'on les fait suffisamment entrer dans l'ouverture de l'os unguis, le bourrelet ou la portion saillante de leur partie supérieure empêche communément qu'ils ne se relèvent, et leur forme conique s'oppose à ce qu'ils passent par le nez. J'avoue néanmoins que quelquefois ils ne réussissent pas, et la découverte de M. Pellier me paroît bien supérieure à ces moyens. J'ai un exemple où elle a réussi complètement, et il y a huit mois que l'opération est faite (1). La forme du tube donne lieu de compter sur le succès, et M. Pellier assure que quand on introduit convenablement ce tube, il ne tombe jamais. On a représenté deux tubes de ce genre dans la planche XLII, fig. 5 et 6 : on peut les faire d'or ou de plomb. M. Pellier emploie communément le plomb : mais lorsque le tube est d'or, il n'est pas aussi volumineux à force égale; et je crois que l'on doit préférer ce métal, en ce qu'il est susceptible d'un plus beau poli, ce qui fait que l'ouverture qu'il traverse n'est pas aussi facilement bouchée par les larmes.

Les tubes ou canules de M. Pellier diffèrent particulièrement des autres, en ce qu'ils ont deux bourrelets; l'un à leur extrémité supérieure, qui forme une espèce de rebord qui correspond autant qu'il est possible au volume du sac lacrymal; et l'autre vers le milieu qui partage les deux extrémités de l'instrument;

(1) Il y a aujourd'hui, que l'on imprime cette seconde édition, dix-huit mois que cette opération est faite : le tube est encore en place, il ne produit aucun mal-aise, et la guérison est complète.

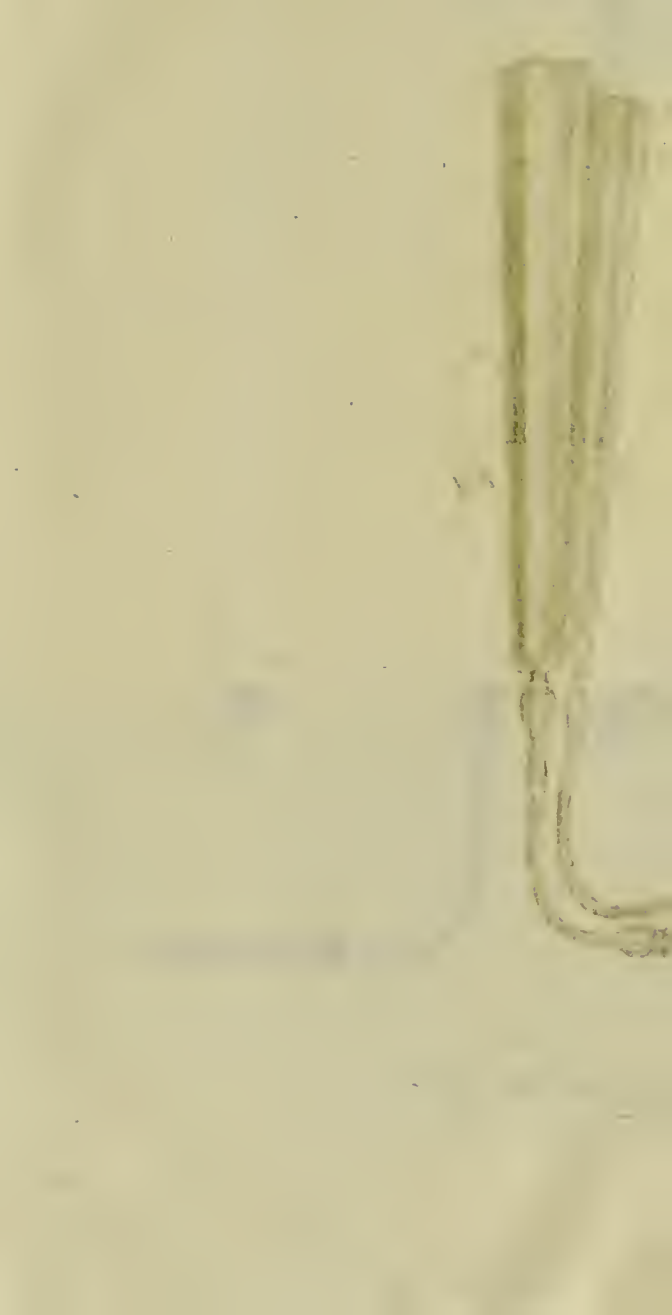


Planche XLII.

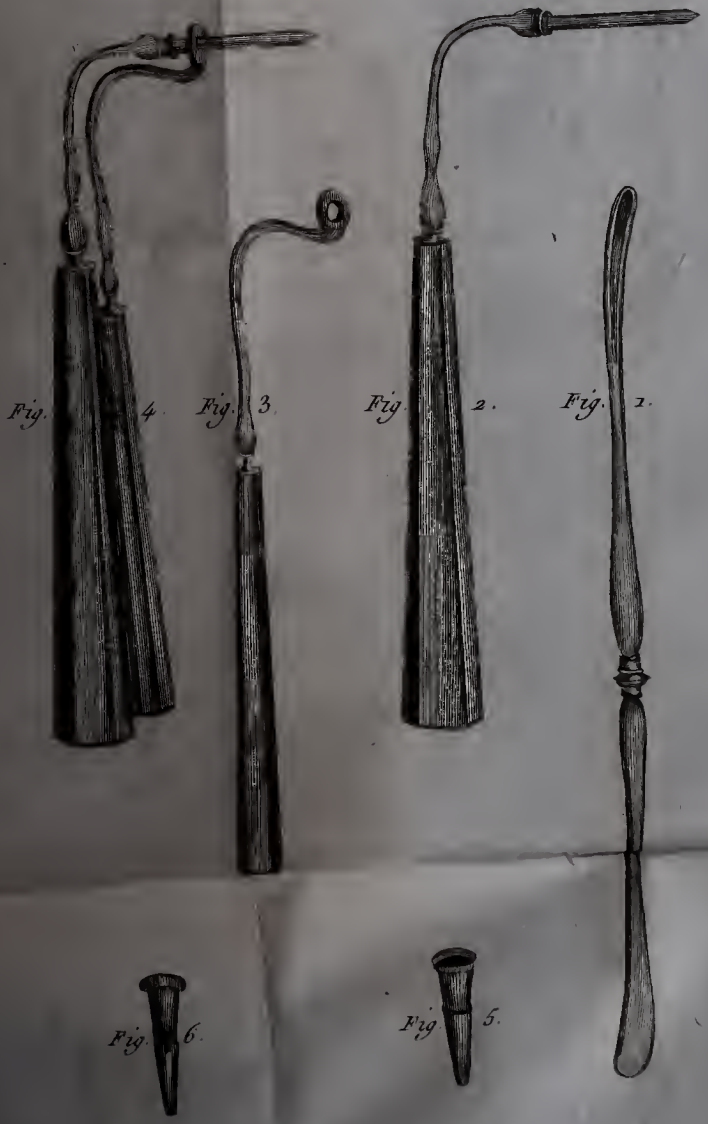


Fig. 4.

Fig. 3.

Fig. 2.

Fig. 1.

Fig. 6.

Fig. 5.

au moyen de ces deux bourrelets, lorsque la canule est convenablement fixée dans le passage où elle doit rester, elle est retenue solidement dans sa situation par les points grenus qui pullulent des parties voisines, et qui, embrassant fortement la partie de la canule qui est entre les deux rebords, l'empêchent absolument de remonter ou de descendre : l'on évite ainsi le grand inconvénient dont se plaignent ceux qui font usage de canules cylindriques.

Il est cependant bon d'observer que l'usage de ces canules à double bourrelet, ou de toute autre, exige les plus grandes précautions; d'abord pour les adapter à la grandeur des ouvertures dans lesquelles on les introduit; et ensuite pour les faire descendre suffisamment dans le nez : car il est aisé de voir que cette canule ne peut convenir, si elle est trop petite ou trop grosse pour l'ouverture pratiquée dans l'os unguis; si même on l'enfonce un peu trop avant dans la narine, elle irrite nécessairement la membrane qui tapisse cette cavité, et produit beaucoup de douleur et d'embarras. Les canules représentées planche XLII, conviennent, par leur longueur et leur volume, à la plupart des adultes ; mais il faut toujours en avoir de différentes grosseurs.

L'on doit, pour s'en servir, suivre la méthode suivante : l'on commence par ouvrir hardiment le sac lacrymal à la manière ordinaire ; l'on cherche ensuite le conduit des larmes, avec un stylet solide ou avec le conducteur à trois-quarts, planche XLII, fig. 2. M. Pellier assure n'avoir jamais manqué de trouver ce conduit. Dès qu'on l'a découvert, on place la canule sur le conducteur adapté d'abord au pressoir,

ou conducteur à anneau, comme on le voit fig. 4; il faut que la canule soit suffisamment grosse pour remplir exactement le conducteur, et que l'extrémité de ce dernier soit assez longue pour excéder la canule d'environ un dixième de pouce. L'on introduit alors la pointe du conducteur dans le conduit lacrymal, et on le pousse jusqu'à ce qu'il parvienne dans la narine, ce que l'on reconnoît en y introduisant un stylet, ou à quelques gouttes de sang que l'on voit tomber du nez : l'on retire alors le conducteur, qui devient inutile, et l'on a soin de laisser le pressoir sur le bord supérieur de la canule, que l'on doit bien enfoncer avec cet instrument, que l'on tient de la main gauche, tandis que l'autre main sert à retirer le conducteur. Faute d'user de cette précaution, la canule ressort avec le conducteur ; mais l'on prévient ainsi très-sûrement cet inconvénient, et ce même instrument réussit mieux que tout autre pour faire entrer à une suffisante profondeur la canule dans le conduit lacrymal : ce qui est de la plus grande importance dans cette opération; car lorsque la canule n'est pas suffisamment fixée dès la première fois, on y parvient ensuite avec plus de difficultés, et l'on excite davantage de douleur.

Cela fait, on ôte le pressoir, et pour reconnoître si la canule est suffisamment enfoncée, on y injecte un peu de lait et d'eau avec la seringue, planche XXXVII, fig. 1. Si l'injection passe librement et aisément dans la narine, tandis qu'en passant sur la partie supérieure de la canule on la fait avancer jusqu'au milieu du sac lacrymal, l'on ne pourra douter que cette dernière est bien placée : si, au contraire, on rencontre quelque embarras, il y

a lieu de soupçonner qu'on l'a poussée trop avant, et qu'elle porte contre l'os turbiné inférieur; alors il faut retirer la canule pour la raccourcir, et l'introduire de nouveau, comme nous l'avons indiqué.

La plaie du sac fournit dans le commencement une très-grande quantité de pus, qui oblige de la tenir ouverte pendant huit ou dix jours, avec un bourdonnet de charpie mollette, enduite de quelque onguent émollient, et on recouvre le tout d'une compresse de vieux linge mollet, que l'on assujettit avec un bandage convenable. On fera tous les jours, par la canule, des injections de lait et d'eau; et au bout de ce temps, ou lorsque la suppuration sera fort diminuée, et que l'ulcère paroîtra détergé et sain, on supprimera entièrement le bourdonnet de charpie; on mettra sur la plaie une mouche de taffetas d'Angleterre, et on la laissera ainsi se guérir; on aura seulement l'attention de renouveller le taffetas lorsqu'on reconnoîtra qu'il y a du pus amassé au-dessous.

M. Pellier observe que dans les cas où la fistule lacrymale ne dépend pas de l'affection des os voisins, ou de quelque vice particulier de la constitution, on obtient communément, en suivant cette méthode, la guérison en trois semaines, quelquefois même en quinze jours, tandis qu'en suivant la pratique ordinaire, il faut trois, quatre, ou cinq mois.

J'ai cru, comme témoin des succès les plus complets que M. Pellier a obtenus dans le traitement de cette maladie, devoir à cet oculiste et au public ces détails; car il auroit été absurde de m'y arrêter, si je n'avois pas été convaincu de l'utilité singulière de sa méthode,

et de la bonne-foi avec laquelle il m'a communiqué ses connoissances sur les maladies des yeux.

L'on a fait, depuis la première édition de ce volume, beaucoup de recherches sur l'opinion que j'avançai alors, relativement à l'impossibilité d'extraire en entier la capsule du crystallin; et comme il paroît jusqu'ici que cette extraction est impossible, je pense toujours que M. Pellier, ainsi que ceux qui ont adopté une opinion différente, se sont trompés.

CHAPITRE XXIX.

Des maladies du Nez et de l'arrière-bouche.

SECTION PREMIÈRE.

Description anatomique du Nez et de l'arrière-bouche.

UNE description exacte de ces parties seroit déplacée ici ; je me bornerai en conséquence à faire, sur leur forme en général et leur structure, quelques remarques qui pourront jusqu'à un certain point contribuer à éclaircir la nature des maladies auxquelles ces mêmes parties sont sujettes.

La partie externe saillante du nez est particulièrement composée d'os et de cartilages, qui servent à défendre les parties internes de l'odorat, et forment une espèce de passage voûté par où l'air s'introduit dans la gorge.

Ce passage est partagé en deux par la cloison du nez, et forme les narines, qui s'étendent presque horizontalement en arrière, depuis le haut de la lèvre supérieure jusqu'au pharynx, où elles se terminent au-dessus du voile du palais.

Les parties supérieures et latérales de l'arcade du nez sont formées par l'apophyse nasale de l'os du front, — les deux os du nez, — les os unguis, — et la longue apophyse qui part de chaque os maxillaire, à laquelle s'attachent

immédiatement les aîles cartilagineuses du nez, recouvertes des tégumens communs.

La cloison des narines est formée par l'apophyse nasale de l'ethmoïde, — le vomer, — le cartilage mitoyen du nez, — et les apophyses épineuses des os palatins et maxillaires.

La partie inférieure de la cavité du nez est bornée en devant par une espèce d'apophyse horizontale des os maxillaires, et postérieurement par une apophyse semblable qui part de chacun des os palatins. Le sphémoïde et l'ethmoïde forment les limites de la partie postérieure des narines.

Vers la partie supérieure du nez, l'on apperçoit un méchanisme superbe, dont s'est servi la nature pour agrandir l'organe de l'odorat. Il y a au haut de chaque narine, vis-à-vis la cloison, une production osseuse, spongieuse, cellulaire, qui part de l'os ethmoïde; ces deux productions, en raison de leur forme, de leur tissu et de leur situation, se nomment Conques, Lames Spongieuses, ou Os Turbinés Supérieurs: au-dessous, du même côté des narines, sont deux corps d'une structure semblable que l'on a aussi regardés comme des productions de l'os ethmoïde; cela n'est pas cependant fort évident. Ces os se nomment, en raison de leur situation, Lames Spongieuses Inférieures : l'on rencontre quelquefois deux et même trois petits os de ce genre dans chaque narine, mais cela ne se voit pas fréquemment.

Ces deux corps sont saillans, et ont même une surface un peu irrégulière, ce qui fait paroître les narines comme contournées, ou même crochues : mais toutes les personnes de l'art savent qu'elles ne sont ainsi qu'en apparence,

et que l'on peut passer par les narines externes un stylet ordinaire jusque dans la gorge presque en droite ligne.

Il y a plusieurs ouvertures qui se terminent dans les narines, dont quelques-unes sont essentielles à connoître pour les chirurgiens ; savoir, les conduits incisifs, qui commencent à la partie inférieure et postérieure de chaque narine, et se terminent derrière les dents incisives de la mâchoire supérieure : — les sinus sphénoïdaux et frontaux, qui s'ouvrent tous deux dans la partie supérieure des narines ; — les sinus de chaque os maxillaire, communément appellés Antre Maxillaire ou d'Highmore, qui s'ouvre dans le nez entre les lames spongieuses supérieures et inférieures du même côté : — enfin le conduit du sac lacrymal, que j'ai déjà eu occasion de décrire, et qui se termine immédiatement au-dessous de la lame spongieuse inférieure de chaque côté.

La cavité des narines en entier, les sinus dont nous avons parlé, ainsi que les passages qui y conduisent, toute la surface des os spongieux, et l'arrière-bouche même, sont tapissés d'une membrane épaisse et molle, qui, en raison de la grande quantité de mucus qu'elle fournit, se nomme communément Membrane Pituitaire, ou Membrane de Schneider, du nom de l'anatomiste qui en a le premier donné une description exacte.

Cette membrane paroît être une continuation de l'épiderme. Elle est extrêmement mince vers les narines externes, près de l'endroit où elle s'unit à l'épiderme ; mais à mesure qu'elle s'avance postérieurement sur la cloison du nez et les lames spongieuses, elle acquiert beau-

coup d'épaisseur, et s'amincit de nouveau en se portant dans les différens sinus qu'elle tapisse.

La cavité du nez est, comme nous l'avons déjà remarqué, séparée de la bouche par une plaque osseuse, formée par l'apophyse de chacun des os maxillaires, et par les os palatins. Au bord postérieur de la plaque osseuse dont je viens de parler, s'attache une membrane ferme, appellée Voile ou Valvule du palais, qui résulte de la réunion de la membrane commune de la bouche, ainsi que d'un prolongement de la membrane de Schneider, et de plusieurs faisceaux musculaires qui servent au mouvement de cette partie et de celles qui sont contiguës. Cette membrane qui part du palais, s'étend postérieurement, reste pendante, et se termine par la luette, immédiatement au-dessus de la racine de la langue; cette situation la rend très-propre à empêcher les alimens de remonter par le nez pendant la mastication et la déglutition; et elle sert, de plus, à rapporter postérieurement dans le pharynx tout le mucus que fournissent la membrane du nez et le sinus contigus, et qui n'est pas évacué par les narines externes.

L'on apperçoit de chaque côté du gosier, dans l'endroit où se termine le voile du palais, une substance glanduleuse saillante, vulgairement appellée les Amygdales. Ces glandes sont naturellement d'un tissu mol, qui cède facilement; elles ont en général, dans différens endroits de leur surface externe, des excavations plus ou moins profondes que ceux qui ne connoissent pas l'apparence ordinaire de ces parties, prennent souvent pour des ulcères. En examinant

plus avant la gorge, et suivant le cours de la langue, l'on trouve un corps mince, élastique, cartilagineux, appellé Épiglotte, ainsi situé, pour empêcher la nourriture qui passe de la bouche dans le pharynx, de tomber dans la trachée-artère : le pharynx est un sac très-étendu, qui se termine dans l'œsophage, et occupe toute cette partie du gosier que l'on apperçoit en examinant l'intérieur de la bouche.

Il est évident, d'après cette description, que le pharynx a différentes ouvertures ou issues. Il se termine inférieurement dans l'œsophage; — antérieurement il communique directement avec la bouche; — et par la partie supérieure du sac, il a une communication libre directe avec les ouvertures postérieures des narines.

Nous allons présentement parler des maladies des parties que nous venons de décrire, et des opérations qu'exige leur traitement. Les objets que nous traiterons sont, les Hémorrhagies des narines, — l'Ozène, — l'Imperforation des narines, — les Excroissances polypeuses du nez et de la gorge, — l'Extirpation des amygdales et de la luette, — les Scarifications et les Fomentations de la gorge.

SECTION II.

De l'Hémorrhagie des Narines.

Les branches de la maxillaire interne, qui sont presque les seules qui fournissent de sang l'intérieur du nez, sont en général si petites, que la rupture de quelques-unes d'entre elles est un objet très-peu important. L'on observe cependant dans certains cas le contraire, et

l'on voit des hémorrhagies de ces parties non moins embarrassantes pour le médecin que dangereuses pour le malade, et qui résistent à tous les moyens que l'on tente pour les arrêter. Quelque méprisable que paroisse communément cette évacuation, on doit donc toujours la traiter avec attention.

L'application convenable du froid est communément un moyen très-efficace d'arrêter pour peu de temps l'écoulement; et l'on en prévient en général le retour, par les saignées, l'usage modéré des laxatifs rafraîchissans, et la diète.

Pour que le froid procure tous les avantages que l'on peut en attendre, il faut l'employer sous différentes formes, et d'une manière fort étendue : mettre le malade dans une grande chambre, dans laquelle on fait passer un courant d'air froid; le faire boire et manger froid; laver fréquemment son visage, et même le baigner dans l'eau froide seule, ou mêlée de vinaigre; faire de temps en temps des gargarismes avec une forte dissolution d'alun ou quelqu'autre astringent; appliquer sur le nez des compresses imbibées d'un liquide du même genre; couvrir très-légèrement le malade lorsqu'il est dans son lit; et lui recommander de dormir la tête aussi élevée qu'il est possible.

L'on arrête en général l'hémorrhagie du nez en insistant un temps convenable sur ces moyens; quelquefois néanmoins, malgré tous les soins que l'on apporte dans leur usage, on n'en retire aucun avantage, et le flux de sang ne diminue point.

Il n'y a pas alors d'autre ressource que de comprimer les vaisseaux qui sont ouverts; ce

moyen est néanmoins difficile à exécuter et incertain, lorsque la partie affectée est profondément située dans la narine. L'on a vu un tampon de charpie introduit dans la narine d'où sort le sang, arrêter sur le champ l'écoulement : mais cela est rare, parce que le diamètre et l'étendue du conduit dans lequel on introduit le tampon étant fort inégal, l'effet qu'il produit doit l'être de même. Cette circonstance suffit pour ne pas compter beaucoup sur ce moyen de faire la compression.

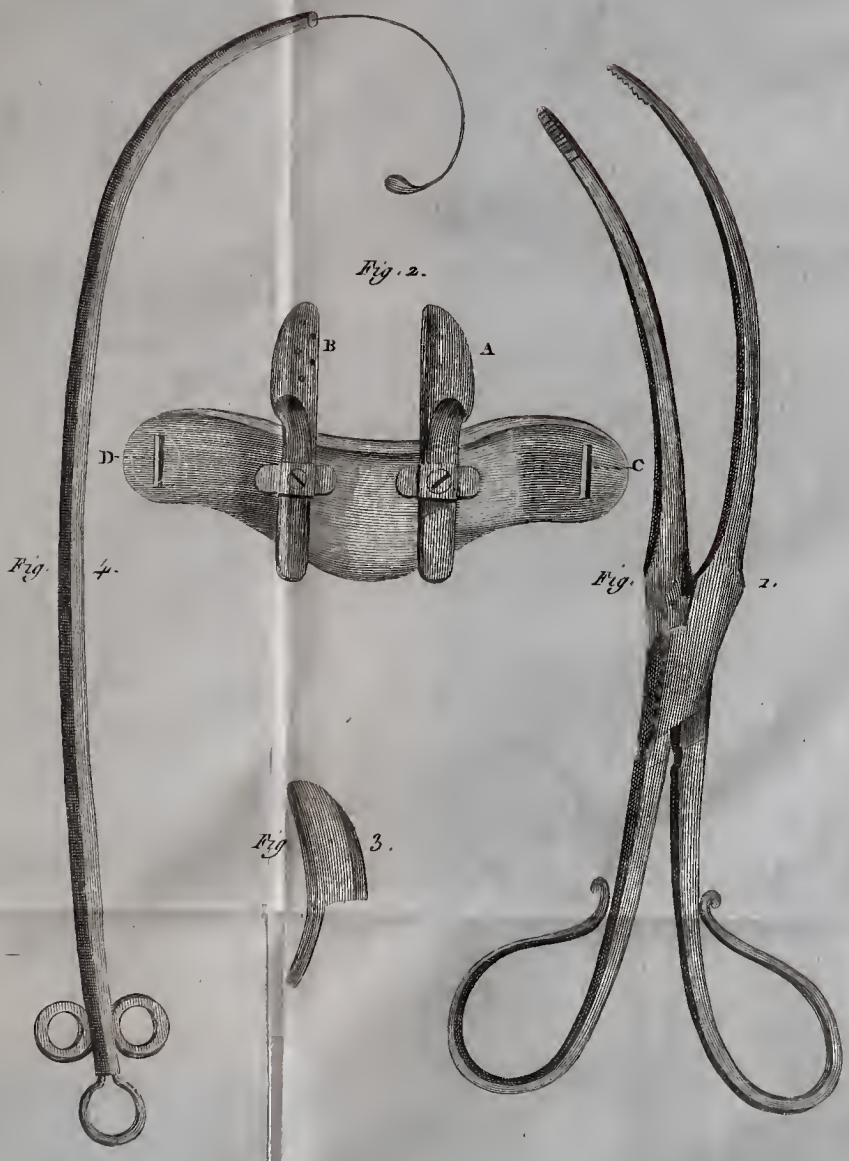
Nous avons conseillé dans l'une des parties précédentes de cet ouvrage, en parlant des hémorrhagies de l'anus dans les cas d'hémorrhoïdes, d'introduire dans le rectum pour faire la compression, un bout de boyau lié par l'extrémité, que l'on met dans le rectum, et de le remplir par l'extrémité opposée de quelque liquide froid que l'on y fait entrer de force pour augmenter le degré de compression, et que l'on y retient ensuite par une ligature. L'on peut faire usage du même remède dans les hémorrhagies du nez; il a réussi quelquefois; et je pense qu'on pourroit fréquemment l'employer avec avantage. Un bout de boyau de cochon desséché et humecté de nouveau, est très-propre à remplir cet objet: l'une de ses extrémités étant bien liée avec un bout de ficelle, on l'introduit avec un stylet ou une sonde canelée dans toute l'étendue de la narine d'où coule le sang, jusqu'à la partie supérieure du pharynx. On remplit alors le boyau de vinaigre, d'eau, ou de tout autre liquide froid, au moyen d'une seringue que l'on introduit par l'extrémité qui ressort de la narine; l'on injecte autant de liquide que le boyau peut en recevoir, on fait entrer le tout

le plus loin possible, et on le retient dans cette situation par une ligature solide.

L'on peut faire ainsi une très-forte compression et tirer en même temps quelque avantage de l'application directe du froid, sur le vaisseau dont le sang coule. Mais lorsque ce vaisseau est situé de façon qu'il n'est pas possible de le comprimer par ce moyen, il faut tenter le suivant.

L'on introduit par l'une des narines l'instrument courbe, fig. 4, planche XLIII, dans lequel passe un bout de corde à boyau ou de ficelle solide cirée : dès qu'on la fait avancer jusque dans la gorge, on saisit la ficelle avec des pinces, pour la tirer par la bouche ; puis on ôte l'instrument et on l'introduit dans l'autre narine, avec une ligature semblable. L'on prend alors un tampon de charpie mollette, suffisamment gros pour remplir les arrière-narines ; on lie bien ce tampon aux deux extrémités des ligatures qui ressortent par la bouche, l'on tire les deux extrémités opposées antérieurement par les narines, jusqu'à ce que le tampon soit bien appliqué et fixé à la partie supérieure du pharynx ; l'on met alors sur chaque narine une compresse de charpie, que l'on retient dans cette situation, en liant par-dessus les deux ligatures. On laisse ensuite reposer le malade. Lorsque les tampons de charpie sont convenablement appliqués, il ne sort pas de sang par les narines antérieures ou postérieures ; celui qui est épanché dans les narines se coagule promptement, et l'hémorrhagie s'arrête ainsi. Il ne suffit pas, comme il est aisé de le voir, pour assurer le succès de cette opération, d'appliquer très-exactement les tampons de charpie, il faut, de

Planche XLIII.



Guillet Sculp.

plus, les laisser un temps suffisant pour permettre aux vaisseaux rompus de se cicatriser ou de se réunir.

Nous avons recommandé deux ligatures pour fixer le tampon de charpie dans l'arrière-bouche; et il faut en passer une dans chaque narine. Cette manière assujettit mieux et plus également le tampon, que la méthode ordinaire qui consiste à ne passer qu'une ligature par la narine d'où sort le sang.

SECTION III.

De l'Ozène.

On donne en général le nom d'Ozène à tous les ulcères du nez de mauvaise nature, d'où coule une matière fétide, et où il y a carie d'un ou de plusieurs os; d'autres comprennent sous cette dénomination tout ulcère de narines, qu'il y ait carie ou non. — Nous prendrons ici ce terme dans ce dernier sens.

Tout catarrhe qui affecte la membrane interne du nez est accompagné d'une inflammation plus ou moins vive des parties qui en sont le siége. Mais l'on sait que ce catarrhe se dissipe en général facilement, et que l'inflammation se termine par un écoulement abondant de mucus ou d'une matière jaune épaisse; dans quelques cas néanmoins, cet écoulement subsiste, quoique tous les autres symptomes d'affection catarrhale soient dissipés; et il est entretenu par un ulcère unique, ou réuni à l'engorgement et à la tuméfaction de la membrane qui tapisse le nez.

L'action du froid est la cause la plus fré-

quente de la maladie quand elle n'est qu'à ce degré: mais toutes les causes externes, capables de produire l'inflammation de la membrane du nez, tels que les substances âcres irritantes, les coups et les contusions, &c. peuvent aussi y donner lieu.

Cette variété de l'ozène est la plus simple de toutes, lorsqu'il n'existe aucune autre maladie de la constitution ; et comme nous la croyons alors purement locale, nous ne recommanderons que des remèdes locaux.

Lorsque la maladie est à ce degré, on doit particulièrement compter sur les remèdes externes, légérement desséchans et astringens. On peut mettre au premier rang, ou même préférer à tout autre, les décoctions de feuilles de noyer, d'écorce du Pérou ou de chêne, mêlées à une dissolution d'alun, et toutes les dissolutions saturnines. On se servira aussi avec avantage de l'eau-de-vie, ou de quelque autre esprit ardent étendu dans l'eau, ou même de l'eau de chaux.

L'on introduira deux ou trois fois le jour dans la narine affectée, des bourdonnets de charpie imbibés de l'un de ces liquides, et on les fera pénétrer aussi avant qu'il sera nécessaire, pour qu'ils portent sur les parties malades: l'on y appliquera tous les soirs, lorsque le malade sera sur le point de se coucher, un onguent chargé d'une grande quantité de zinc calciné, ou de pierre calaminaire.

L'on parvient, en continuant ces moyens un temps convenable, à dissiper enfin toutes les affections locales qui dépendent de l'ulcération de la membrane du nez. Mais on les a quelquefois confondus avec d'autres maladies,

qui produisoient un écoulement, que l'on a tenté en vain de dissiper par tous les moyens connus. C'est ce qui arrive sur-tout, dans les cas où il s'est amassé du pus dans l'antre maxillaire.

Nous avons vu, dans la description anatomique que nous avons donnée de ces parties, qu'il y a un passage ou ouverture naturelle de l'antre maxillaire dans le nez; ce passage s'ouvre immédiatement au-dessous de la lame spongieuse inférieure du même côté, et en est recouvert. Lorsqu'il y a une grande quantité de matière amassée dans cette cavité, elle passe de temps à autre dans le nez par cette ouverture dans quelque position que se trouve le corps; mais elle y passe presque continuellement lorsque le malade est couché sur le côté sain ou opposé, si le passage n'est pas obstrué. Nous indiquerons, dans une section du chapitre suivant, la méthode curative la plus propre à détruire cette affection : nous nous contenterons d'observer ici qu'il faut être sur ses gardes dans le traitement des maladies où il y a écoulement de pus par le nez; car si l'on prenoit l'une pour l'autre, il seroit très-nuisible d'appliquer des remèdes qui ne conviennent pas, et d'omettre ceux qui seuls pourroient procurer un avantage réel.

Lorsque, par exemple, la matière que fournit l'ulcère du nez est séreuse, fétide, et d'une couleur brune ou noirâtre, l'on doit soupçonner la carie des os voisins, et l'on espère en vain la guérison, tant que cette cause subsiste. La fétidité particulière de la matière que fournissent ces sortes d'ulcères suffit en général pour être certain de la carie; d'ailleurs, quand il reste quelques doutes, il est communément aisé de les détruire par l'introduction de la sonde.

Il ne faut pas oublier que dans toutes les affections de cette nature, la carie des os du nez est plus souvent l'effet de la maladie vénérienne, que de toute autre cause : mais quand même on ne pourroit en avoir la certitude, il suffit que l'on puisse soupçonner que le vice vénérien est la cause de la carie, pour ne pas balancer à prescrire un long traitement mercuriel. Quelle que soit la cause de la maladie, il est probable que le mercure ne nuira point; et comme je l'ai vu réussir, lors même qu'il n'y avoit pas lieu de soupçonner de vice vénérien, j'ai établi pour règle générale d'y recourir sur le champ, dans tous ces cas.

Il faut, en même temps, apporter un soin particulier au traitement local des ulcères. L'on baignera de temps en temps les parties avec l'une des décoctions que nous avons indiquées, et pour détruire les excroissances fongueuses auxquelles les os mols et spongieux du nez sont sujets quand ils se carient, on se servira d'onguens chargés de substances corrosives; le vert-de-gris préparé, ou le précipité rouge, sont celles qui m'ont le mieux réussi. L'on a tort de craindre que les remèdes de ce genre ne nuisent dans les maladies des parties internes du nez, en irritant la membrane sur laquelle on les applique, qui est d'une très-grande sensibilité. Je puis assurer, d'après l'expérience, que l'on ne coure aucun risque de blesser les parties voisines, en appliquant hardiment des onguens du genre de ceux dont j'ai parlé, suffisamment forts pour arrêter le progrès de la plupart des excroissances fongueuses. Il est inutile d'ajouter que l'usage de ces remèdes exige un peu de prudence et d'attention, pour en proportionner

la force au degré de sensibilité des parties sur lesquelles on les applique. On ne peut exposer sans danger la surface interne du nez au même degré d'irritation que plusieurs autres parties du corps ; néanmoins elle supporte des onguens corrosifs plus actifs qu'on ne se l'imagine communément. On ne risque en général rien, par exemple, de se servir d'un liniment composé de cire et d'huile, mêlés avec un huitième ou un neuvième de précipité rouge, ou avec un peu moins de vert-de-gris, et on augmente ou diminue, suivant les circonstances, la dose du corrosif. Quand, en arrêtant ainsi l'accroissement des excroissances fongueuses, l'on a soin de déterger les ulcères par de fréquentes lotions antiseptiques astringentes, l'on conserve la liberté du conduit des narines, la maladie fait des progrès moins rapides, et il est probable que les os cariés se sépareront et tomberont plus promptement que quand on ne fait pas une attention convenable à ces circonstances.

Il faut insister sur le traitement que nous avons recommandé, jusqu'à ce que la carie soit absolument détruite, car tant qu'elle subsiste, on ne peut attendre de guérison durable. Il est vrai que quand l'on a donné une suffisante quantité de mercure pour anéantir entièrement le vice vénérien qui pouvoit exister, l'art ne peut plus qu'aider, comme nous l'avons indiqué, les os cariés à se détacher : mais dès que l'on a obtenu cet avantage, les ulcères deviennent d'une nature plus bénigne, et se cicatrisent en général, en continuant les applications astringentes dont nous venons de parler.

Telle est la méthode que l'expérience m'a prouvé être la plus efficace dans les cas d'ozène.

Il faut néanmoins convenir que l'on ne peut pas absolument compter sur aucun des remèdes que nous connoissons : les ulcères de ce genre sont constamment très-long-temps à guérir, tant par la difficulté d'y appliquer les remèdes convenables, que parce que quand les os turbinés se carient, l'exfoliation s'en fait toujours lentement. Cependant, lorsqu'il n'y a pas d'autre maladie du systême, les moyens que nous avons indiqués remplissent, pour l'ordinaire, l'objet que l'on se propose, pourvu que l'on persévère dans leur usage.

SECTION IV.

De l'imperforation des Narines.

L'on voit assez souvent des enfans naître avec le vagin ou l'anus imperforés; mais il est certain que cela arrive rarement aux narines, quoique nous ne puissions pas en dire la raison. Il n'en est pas de même des adhérences contre-nature qui se forment dans les narines, à la suite de la petite vérole confluente, des brûlures ou des ulcères vénériens, car il n'y a guère de praticien qui n'ait eu des occasions d'en rencontrer.

Le degré des obstructions de ce genre varie. Dans quelques cas, les narines ne sont que légérement resserrées, et la respiration n'est pas fort gênée : d'autres fois elles sont tellement rapprochées, qu'on ne peut y introduire qu'avec peine un stylet ordinaire, ou une petite plume; mais il est fort rare que le passage soit entiérement effacé.

L'objet du chirurgien, dans tous ces cas, est

est de détruire les causes de ces obstructions. Mais on l'appelle rarement, parce que toutes les opérations que l'on pratique pour cet effet, sont fort douloureuses et sujettes à des inconvéniens. On ne peut cependant se dispenser de recourir à l'art, toutes les fois que la respiration est fort gênée, ou que la maladie produit une grande difformité.

Lorsqu'il reste la plus petite ouverture dans la narine obstruée, elle aide beaucoup à remplir l'indication que l'on se propose. On peut y introduire une petite sonde canelée, sur laquelle on glisse un petit bistouri, ou un petit scalpel, en suivant le cours de l'adhérence, et l'on rétablit ainsi le passage dans sa grandeur naturelle. Dans le cas où il n'y a aucune ouverture semblable, que la maladie soit l'effet d'une conformation naturelle, ou de toute autre cause, il faut d'abord en disséquant lentement avec un petit scalpel, tâcher de découvrir une narine, en usant de la plus grande précaution, pour conserver à l'ouverture une direction convenable entre la cloison et le cartilage externe voisin. Le passage une fois découvert, on l'agrandit autant qu'il doit l'être naturellement, avec la sonde canelée et le bistouri, que l'on introduit de la manière que nous l'avons dit. Lorsque l'on a ouvert une narine, on essaie de découvrir l'autre, en disséquant de même avec précaution.

Après avoir ainsi rétabli le passage dans chaque narine, il faut user des plus grandes précautions pour le conserver dans toute sa grandeur, et prévenir les adhérences qui se renouvellent très-souvent, comme le prouve l'expérience.

Il n'est pas douteux que l'on peut remplir

l'indication que l'on se propose, en introduisant dans les narines des tampons de charpie, ou de toute autre substance, d'un volume convenable, que l'on y laisse jusqu'à ce qu'il n'y ait plus à craindre de nouvelles adhérences, avec la précaution cependant, de les retirer tous les jours pour les nettoyer ou les renouveller : mais les tubes de métal, adaptés à la grandeur des ouvertures, produisent une dilatation plus égale, restent plus facilement en place, et permettent au malade de respirer plus aisément par les narines. Afin que ces tubes gênent moins, et que l'on puisse les retirer plus facilement à chaque pansement, on les recouvre, avant de les introduire, d'une peau molle, enduite de quelque onguent émollient.

L'on a proposé différens tubes pour cet effet. Ceux de la fig. 2, planche XLIII, réussissent, en raison de leur forme, peut-être aussi-bien qu'aucun de ceux que l'on a proposés jusqu'ici; et on peut les contenir avec un bandage que l'on passe autour de la tête, ou en y attachant des emplâtres glutinatives : on les laisse tant qu'il reste quelque excoriation sensible dans le cours du conduit que l'on a formé; car quand on les supprime avant que les ulcères soient complètement guéris, il faut toujours s'attendre qu'il surviendra de nouvelles adhérences ou des rétrécissemens.

Quelquefois à la suite des brûlures et de la petite vérole confluente, il survient, outre le resserrement, ou même la destruction totale de l'une ou de deux narines, une adhérence entre le nez et la peau de la lèvre supérieure. Dans ce cas, on détruit d'abord l'adhérence de la lèvre avec le nez, en la disséquant lentement.

avec un scalpel; lorsque la plaie qui en résulte est parfaitement guérie, et que la cicatrice est suffisamment solide, on s'occupe d'ouvrir les narines. Il est inutile de remarquer qu'il faut, pendant le traitement, bien recouvrir la plaie; et de plus, pour détruire tout resserrement incommode que pourroit contracter la lèvre, faire par-dessus, à chaque pansement, plusieurs tours avec le bandage à deux chefs, passé autour et par-dessus la tête.

SECTION V.

Des Polypes du nez et de la gorge.

La surface interne du nez est sujette à des excroissances que l'on a nommées Polypes, à cause de la ressemblance que l'on a cru leur trouver avec les insectes qui portent ce nom. Il n'y a aucun endroit de la cavité du nez, et de la partie postérieure de la gorge, où ces excroissances ne puissent se former; mais elles tirent plus fréquemment leur origine de la portion de la membrane du nez qui tapisse ou recouvre les lames spongieuses. Elles sont en général bornées à un côté du nez, et ne vont pas communément jusqu'à la gorge: dans quelques cas cependant, elles remplissent les deux narines, et d'autres fois elles sont si étendues, qu'on les apperçoit distinctement en regardant dans le pharynx par la bouche. Il est vrai que dans certains cas elles naissent du pharynx.

Cette maladie s'annonce d'abord par une perte incomplette de l'odorat, accompagnée d'un sentiment de plénitude ou d'obstruction dans une partie du nez, qui ressemble beaucoup à l'em-

barras que produit dans les narines le catarrhe ordinaire. Cette obstruction augmente jusqu'à ce que l'on apperçoive une petite tumeur ou une excroissance dans une narine ou dans toutes les deux ; tantôt cette tumeur descend peu, et ne peut s'appercevoir que quand la tête est un peu élevée ; d'autres fois elle a un tel volume, qu'elle tombe jusque sur la lèvre supérieure, et s'étend même postérieurement jusqu'au fond de la gorge.

Dans quelques cas ce prolongement de la tumeur reste toujours le même, mais communément elle rentre entièrement dans les narines dans les temps secs ; elle ne sort que lorsqu'il pleut, et sur-tout lorsque le temps est gris et épais. L'effet que produit l'atmosphère sur le volume de ces excroissances est souvent étonnant. J'ai vu des personnes que l'on n'auroit pas cru être attaquées de cette maladie, pendant les temps secs, dont les tumeurs sortoient toujours et acquéroient une longueur extraordinaire, dès qu'il y avoit la moindre disposition à l'humidité dans l'atmosphère.

Ces excroissances sont plus ou moins fermes; la plupart sont molles et compressibles ; il y en a cependant de très-fermes ; on en a même vu devenir d'une dureté cartilagineuse. Ces deux espèces sont sujettes à saigner, lorsqu'on les frotte ou qu'on les touche rudement : les molles et spongieuses sont néanmoins les seules sur lesquelles l'atmosphère produit un effet si sensible ; elle n'en produit presque jamais sur les polypes plus durs ou charnus.

La couleur de ces excroissances varie aussi : elles sont pour l'ordinaire un peu pâles et transparentes ; on en voit cependant d'un rouge

foncé ; je soupçonne même, autant que j'ai pu l'observer, qu'il y a quelque analogie entre leur couleur et leur consistance. D'autres pourront tirer une conclusion différente de leurs observations; mais j'ai communément remarqué dans le cours de ma pratique, que le polype mol compressible étoit d'une couleur pâle, et que celui d'un tissu plus ferme étoit constamment d'un rouge foncé.

Cette maladie est toujours peu douloureuse, lorsqu'elle commence : les polypes mols sont même rarement fort douloureux quand ils sont parvenus à leur plus haut degré; mais les durs le deviennent en général en augmentant de volume, sur-tout lorsqu'on y applique des substances irritantes. Quelquefois ils se remplissent d'inégalités, et s'ulcèrent dans toute leur étendue. Lorsqu'ils sont à ce degré, il en coule une grande quantité de matière séreuse fétide ; et si on n'en fait pas l'extirpation, ils dégénèrent très-facilement en cancer. Je dois néanmoins observer que les polypes fermes et charnus sont seuls sujets à devenir cancéreux, mais que cela n'arrive guère à ceux qui sont d'un tissu plus mol.

Ces tumeurs, qui se terminent très-rarement en cancer, lorsqu'elles sont molles, et qui ne sont pas fort incommodes quand elles commencent, ou tant que les excroissances sont bornées aux cavités nasales, deviennent néanmoins fort douloureuses, lorsqu'elles sont à leur dernier période. Elles incommodent non-seulement beaucoup en tombant sur la lèvre, mais quelquefois elles se prolongent tellement en arrière dans la gorge, qu'elles empêchent la déglutition, et gênent la respiration ; on les a vu même grossir au point de dilater les parties

molles des narines, de soulever, de détacher même et dissoudre les os solides du nez. Ceci est à la vérité rare, mais il n'y a pas de chirurgien occupé qui n'en ait vu des exemples. J'en ai rencontré plusieurs.

Les auteurs attribuent les excroissances polypeuses à différentes causes. Quelques-uns prétendent qu'elles dépendent communément d'un vice scrophuleux; d'autres, au contraire, s'imaginent que le virus vénérien y donne souvent lieu.

Nous ne nions pas que les tumeurs de ce genre, n'accompagnent quelquefois le vice vénérien et les écrouelles: elles peuvent même en être des symptomes; mais nous pensons qu'alors le vice général du système n'est que la cause occasionnelle ou déterminante de l'affection locale, car on trouve pour l'ordinaire, en remontant à la cause des polypes, qu'ils dépendent d'une affection locale; et toutes les circonstances qui ont rapport à la maladie nous prouvent qu'elle est toujours locale et circonscrite. C'est uniquement par cette raison que dans le cas même où le polype tire son origine de la contagion vénérienne, il reste fixe et permanent lorsque le vice général du système est complètement détruit.

Tous les polypes durs dépendent, à ce que nous croyons, des mêmes causes que les tumeurs d'un tissu semblable des autres parties du corps; elles paroissent cependant le plus souvent compliquées avec la carie de l'os qui est au-dessous, et même dépendre de cette carie; c'est sur-tout cette cause qui en rend le traitement plus dangereux et plus difficile que celui des polypes mols, qui, suivant toute apparence, sont produits par la dilatation seule, ou le relâ-

chement de la membrane de Schneider. Lorsqu'une partie de cette membrane est déchirée ou corrodée, comme il arrive fréquemment en nettoyant ou frappant le nez rudement, le froid ou une violence externe peuvent y déterminer une inflammation dont il résulte souvent une foiblesse ou un relâchement qui se termine par une plénitude ou une saillie des parties affectées : chaque nouveau catarrhe peut augmenter ce symptome et déterminer la maladie dont nous parlons.

Les progrès ultérieurs de la maladie dépendent de diverses causes, et sont en général plus ou moins rapides, suivant que les parties affectées sont susceptibles d'inflammation. Ainsi, j'ai vu des polypes de ce genre rester petits et absolument dans le même état pendant un grand nombre d'années, lorsque les malades n'avoient pas été obligés de s'exposer beaucoup au grand air; mais communément leurs progrès sont bien plus rapides parmi ceux de la classe du peuple qui sont exposés à toutes les injures de l'air, et par conséquent plus sujets aux retours fréquens de catarrhe.

Il est important, dans la curation de toutes les maladies, d'annoncer la manière dont il est probable que leurs symptomes se termineront, et les effets que l'on doit attendre des remèdes que l'on emploie pour les combattre; mais cela n'est, dans aucun cas, plus à desirer que dans le traitement des excroissances polypeuses du nez.

L'on seroit tenté de croire, d'après ce qu'en ont dit quelques auteurs, que la terminaison des polypes est toujours douteuse : que la plupart même sont dangereux; et que l'on doit regarder l'état de ceux qui en sont affectés comme très-

fâcheux : d'autres assurent, au contraire, qu'il est très-rare que les polypes soient dangereux, et que quand il en résulte des inconvéniens, cela dépend de quelques circonstances particulières.

Il y en a qui ont porté la timidité jusqu'à défendre absolument de toucher aux polypes, et qui prétendent que tel moyen que l'on emploie pour les détruire, il y a plus à craindre d'aggraver le mal, que d'espoir d'en tirer aucun avantage : tandis que d'autres assurent que l'on peut enlever ces tumeurs sans danger.

Cette différence d'opinion sur la nature des polypes, et sur les effets des remèdes que l'on met en usage pour les détruire, vient en grande partie de ce que les auteurs n'ont point distingué les différentes espèces d'excroissances de ce genre avec autant de précision qu'ils auroient dû le faire. Car il s'y en a de bénignes que l'on ne peut guère balancer à enlever ; d'autres sont, au contraire, extrêmement dangereuses, et il est fort à craindre qu'aucun remède n'en puisse prévenir le retour.

Ces tumeurs ont, comme nous l'avons vu, différens degrés de consistance, et je puis assurer, d'après l'expérience, que leur danger est en quelque sorte proportionné à leur dureté. Les polypes mols compressibles sont moins douloureux, et peuvent s'emporter plus sûrement en tout temps que les autres ; ils ne sont pas même communément accompagnés de douleur ; et il est rare qu'il résulte quelque accident grave de leur extirpation ; mais les polypes durs et charnus sont en général douloureux, et bien-plus sujets à revenir lorsqu'on les a extirpés. Il faut

donc faire attention au tissu de ces tumeurs, pour juger de la manière dont elles pourront se terminer. Lorsque le polype est mol, compressible, et la constitution saine, l'on peut porter, peut-être dans tous les cas, un pronostic favorable; car tant qu'il est peu volumineux il ne gêne pas beaucoup, et rien n'oblige d'y toucher; si son volume augmente enfin au point d'en rendre l'extirpation nécessaire, on peut toujours l'entreprendre avec beaucoup d'espoir de réussir. Si le polype est au contraire d'une consistance charnue, ou même d'un tissu plus ferme, il faut toujours annoncer au malade ou à ses amis qu'il y a beaucoup à craindre : car, souvent on ne peut en faire entièrement l'extirpation, et quand elle est fort facile, la tumeur est très-sujette à se régénérer, et quelquefois même, comme nous l'avons déjà observé, à devenir cancéreuse. Il faut donc, dans tous ces cas, donner son pronostic avec restriction; autrement, si la maladie revient, on blâmera avec raison le chirurgien, et l'on discréditera même l'opération.

Quelques chirurgiens craignent tellement d'opérer les polypes durs, qu'ils évitent toujours d'en entreprendre la curation. Je conviens qu'on ne doit pas y toucher tant qu'ils ne font aucun progrès et qu'ils sont indolens; mais dans le cas contraire, sur-tout lorsqu'ils grossissent au point de gêner la respiration ou la déglutition, on doit certainement tenter de les extirper, à moins qu'il ne soit plus possible de le faire, parce qu'ils adhèrent dans toute leur étendue aux os du nez, et que ces os sont cariés; ce qui est sujet à arriver dans les derniers temps de cette maladie.

L'on peut souvent arrêter les progrès des

polypes mols, sur lesquels influent, comme nous l'avons dit, l'état de l'atmosphère, en y appliquant des astringens de temps en temps, sur-tout une forte dissolution d'alun, la décoction d'écorce de chêne, le vinaigre ou les esprits ardens. J'ai vu ces tumeurs ainsi traitées subsister très-long temps sans occasionner de mal-aise; et dans quelques cas même où l'un de ces remèdes avoit été employé hardiment, elles se sont retirées, et ont beaucoup diminué de volume. J'avoue que je n'ai jamais obtenu de guérison complète; mais il n'est pas peu important de rendre par des moyens doux, une opération douloureuse inutile.

On tâchera donc, dès qu'un polype commencera à se manifester, d'en arrêter les progrès en y appliquant hardiment les astringens; et si ces moyens ne réussissent pas, on recherchera quel est le moyen le plus efficace de détruire la tumeur

L'on a proposé différens moyens; — entre autres, les caustiques ou les corrosifs; — le cautère actuel; — l'introduction du séton dans la narine malade; — l'amputation avec le bistouri où les ciseaux; — la ligature du col de la tumeur; — et l'extraction par l'usage convenable des pinces.

Les anciens, faute de connoître la circulation du sang et la méthode aisée dont on se sert aujourd'hui pour arrêter les hémorrhagies, enlevoient les tumeurs, dans quelque endroit qu'elles fussent situées, avec les corrosifs, et même le cautère actuel. On ne doit pas être étonné que cette pratique, que l'on regardoit comme nécessaire pour les autres parties du corps, ait été proposée pour détruire les po-

lypes du nez, où les effets de l'hémorrhagie sont plus à craindre. L'on a en conséquence inventé des instrumens de fer propres à cautériser, et des tubes de métal pour recouvrir ces instrumens. Mais quelqu'attention que l'on y apporte, les remèdes de ce genre peuvent être plus nuisibles qu'utiles, en ce qu'il n'est pas possible de détruire les parties malades sans affecter celles qui sont saines : c'est cè qui a fait généralement abandonner ces remèdes ; il en est de même de toutes les applications corrosives; leur action est également incertaine, parce qu'elles sont sujettes à s'étendre sur les parties saines, dans la cavité du nez et de la gorge.

Quelques chirurgiens, persuadés que l'on pouvoit détruire ces excroissances en les faisant suppurer, ont proposé d'introduire un séton de soie ou de coton dans la narine malade, d'en laisser pendre un bout par la bouche, pour le tirer en arrière et en avant tous les jours, et recouvrir la partie qui porte sur la tumeur, d'un onguent légérement irritant, afin d'exciter un degré d'inflammation suffisant pour obtenir la suppuration.

Je conviens que l'on peut déterminer ainsi un écoulement abondant de matière ; mais il n'y a pas apparence que cela contribue beaucoup à diminuer le volume de la tumeur. L'on a cru généralement jusqu'ici que le pus ne pouvoit s'engendrer sans dissoudre les parties solides où il se trouvoit. Daran et d'autres ont tâché d'expliquer par ce principe l'action des bougies dans les embarras de l'urèthre ; une idée semblable a suggéré l'usage du remède dont nous parlons, dans les excroissances poly-

peuses du nez. Mais l'on sait aujourd'hui, comme nous l'avons amplement prouvé ailleurs, que le pus se forme, sans dissoudre les parties solides; que dans les maladies de l'urèthre les bougies n'agissent que par leur forme, et par la pression qu'elles excitent; et en admettant que le séton ait jamais produit quelque avantage dans le cas de polypes du nez, nous ne craignons pas de dire que ce n'est qu'en agissant de cette manière: car le conduit des narines qui est très-inégal, étant plus large dans une partie que dans l'autre, et les racines des polypes étant souvent tellement situées, qu'il n'est pas possible de les comprimer, nous ne pensons pas qu'on puisse jamais les enlever en passant un séton par le nez, comme plusieurs chirurgiens l'ont cru. On ne doit pas néanmoins blâmer ceux qui, après avoir extirpé les polypes, comme nous l'indiquerons, feroient usage de ce moyen pour débarrasser plus parfaitement le passage des racines qui pourroient être restées. Je remarquerai que c'est uniquement dans cette vue que M. Daran, observateur judicieux, a proposé la méthode dont nous nous occupons ici. Elle peut être quelquefois utile dans les cas de ce genre, mais son exécution est toujours tellement embarassante et désagréable, qu'on en a rarement fait usage. Nous aurons néanmoins occasion dans la suite de cette section de considérer cet objet plus amplement.

On devroit, comme on le fait généralement pour les tumeurs des autres parties, préférer le bistouri à tout autre moyen pour enlever les polypes du nez, si leur situation permettoit d'y atteindre; mais leurs racines sont pour l'ordinaire situées si avant dans les narines, et

la tumeur remplit tellement le passage, qu'il est difficile et souvent même impossible d'y atteindre et de les couper, quoique l'on ait inventé pour cet effet quantité de bistouris et de ciseaux diversement conformés.

Néanmoins, quand une tumeur de ce genre tire son origine de la partie inférieure des narines, et que l'on peut en atteindre la racine avec l'extrémité du bistouri, il faut, sans balancer, faire usage de cette méthode, de préférence même à la ligature : l'on enlève plus sûrement toute la tumeur; l'hémorrhagie même ne doit pas effrayer quand le polype est ainsi situé, parce qu'il est aisé de comprimer les vaisseaux sanguins que l'on pourroit ouvrir dans la partie inférieure des narines. Mais il est rare, comme nous venons de le dire, que le polype descende assez bas dans les narines pour rendre cette méthode praticable.

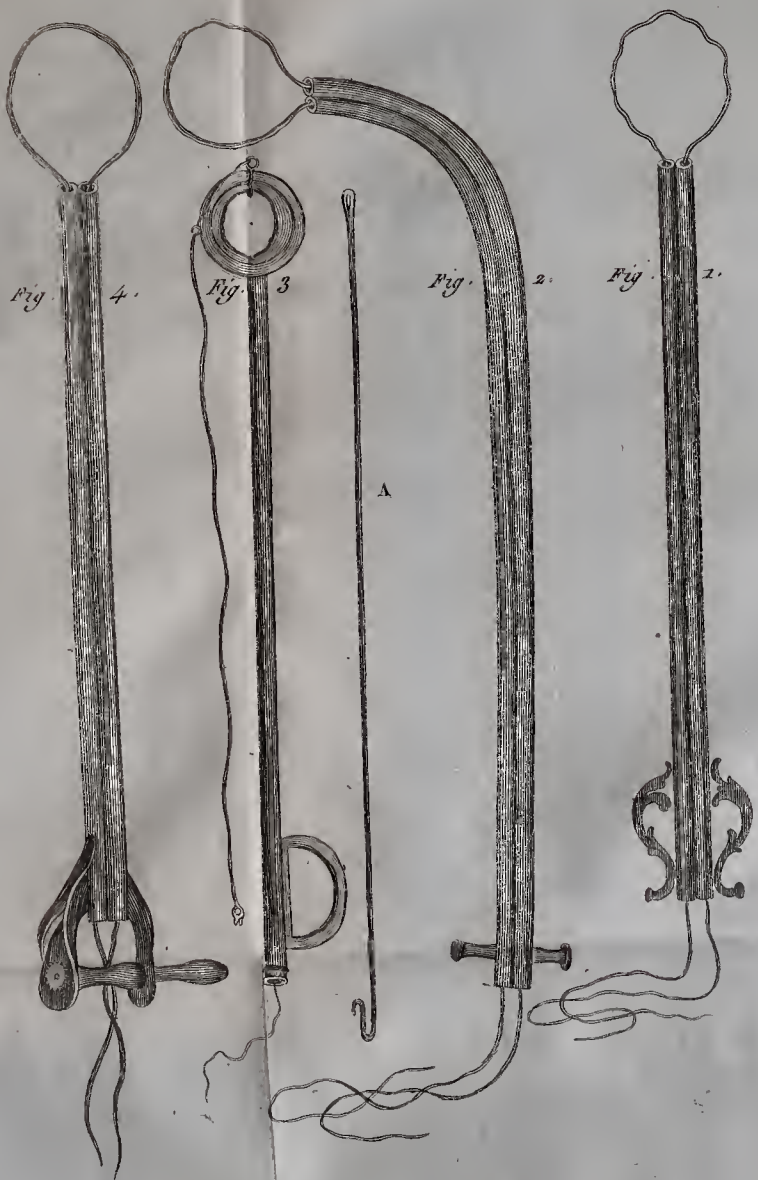
Il paroît donc que tous les moyens que nous venons d'examiner sont insuffisans pour détruire ces excroissances, ou même inadmissibles, et qu'il faut absolument recourir à la ligature ou aux pinces.

L'on ne peut déchirer ou tordre le polype pour l'emporter, sans produire beaucoup plus de douleurs qu'on ne le fait en passant une ligature autour de son col; on auroit donc toujours préféré cette dernière méthode si on l'avoit crue également praticable. Mais comme il est reconnu aujourd'hui qu'elle s'exécute par des moyens très-aisés et très-simples, il est probable qu'on l'adoptera par la suite généralement. La méthode dont nous voulons parler est celle que M. Levrette, chirurgien de Paris, a le premier recommandée il y a déjà long-temps pour enlever

les polypes du vagin, et que l'on a trouvée également convenable dans les affections semblables du nez et de la gorge. Elle s'exécute de la manière suivante pour les polypes de la gorge.

On voit, fig. 1, planche XLIV, un bout de fil d'argent flexible, passé dans une double canule, et assez long pour, étant plié en double, traverser le nez et aller jusqu'au pharynx. On laisse sortir le fil de la canule, pour en introduire lentement et doucement la double extrémité ou l'anse dans l'une des narines: dès que l'opérateur apperçoit ce fil dans la gorge, il en ouvre l'anse, avec les doigts qu'il passe dans la bouche, autant qu'il le faut pour y engager l'extrémité pendante de la tumeur; et lorsqu'il est parvenu à pousser le fil jusque sur le col ou la racine du polype, il repasse de nouveau les deux bouts qui ressortent par la narine, à travers la canule qu'il introduit alors dans la même narine, et il la pousse en arrière, en suivant le fil d'argent jusqu'à ce qu'il atteigne la racine du polype. Il laisse toujours les doigts dans la gorge pour contenir la ligature dans une situation convenable; et tandis que la canule est placée, comme nous l'avons indiqué, on sert suffisamment le fil; on en fixe ensuite les extrémités sur les aîles ou le manche de la canule, comme on le voit planche XLV, fig. 1: on laisse le fil dans cette situation jusqu'au lendemain; alors on le resserre un peu plus, et en réitérant cela tous les jours, la tumeur tombe plus ou moins promptement, suivant son volume. Les petites tumeurs peuvent tomber le second jour, et les grosses le troisième. Mais il vaut mieux faire la compression plus lentement, car lorsqu'on serre fortement le fil,

Planche XIIV.



au lieu d'agir comme ligature et de faire tomber la tumeur en la comprimant, il la détache trop promptement en la coupant transversalement, et il peut en résulter des hémorrhagies de même que si on avoit fait l'opération avec le bistouri.

L'on enlève ainsi tous les polypes qui tirent leur origine de la gorge, ou qui s'étendent de la partie postérieure des narines dans l'arrière-bouche : cette méthode convient même pour ceux qui sont très-profondément situés dans le pharynx, pourvu qu'on puisse y porter convenablement la ligature avec les doigts, des pinces, ou un instrument semblable à celui de la planche XLVI, figure 3. L'on rencontre à la vérité des excroissances, situées trop avant dans l'ésophage pour y porter ainsi la ligature; il y en a même dont la base ou le col est trop bas pour être lié, quoique l'on ait accès à la partie supérieure de la tumeur. L'on trouve dans le troisième volume des Essais de physique et de littérature d'Edimbourg, l'histoire d'un cas où feu M. Dallas a mis en usage une méthode très-ingénieuse pour faire la ligature d'un polype. Quoique les exemples de ces sortes d'excroissances soient extrêmement rares, il m'a paru qu'il suffisoit d'en rencontrer quelquefois pour faire graver l'instrument qui a été employé avec succès dans ce cas.

Dans l'observation dont il s'agit, la déglutition et la respiration étoient extrêmement gênées par une grosse excroissance charnue, qui tiroit son origine de l'ésophage; une portion considérable étoit repoussée dans la bouche chaque fois que le malade faisoit des efforts pour vomir; mais elle rentroit aussi-tôt et res-

toit absolument cachée dans le pharynx jusqu'au retour du vomissement ou de la nausée. La portion de la tumeur qui sortoit ainsi accidentellement, fut entièrement enlevée par la méthode dont nous avons parlé, et que nous décrirons plus particulièrement dans la planche XLVII. Le malade fut délivré des mal-aises et des douleurs qu'il éprouvoit; mais il resta une autre branche de la tumeur qui s'étendoit vers l'estomac, et qui, ayant grossi ensuite extraordinairement, le fit périr environ deux ans après l'opération.

Je crois devoir observer qu'il n'y a peut-être pas dans ces cas de moyens plus sûrs pour obtenir la guérison que la ligature et la double canule que nous avons décrites, et qu'il est probable que l'on auroit pu sauver par-là le malade. Lorsque l'on soupçonne qu'il s'est formé un polype dans l'ésophage, et qu'il n'en sort aucune portion par le pharynx, il y a tout lieu de croire que ce polype descend vers l'estomac; de manière que si l'on introduisoit dans l'ésophage un bout de fil de métal flexible, l'on pourroit peut-être saisir et tirer la partie pendante de la tumeur; il n'y auroit aucun danger, si on ne réussissoit pas à la première fois, de réitérer ces tentatives : l'anse de la ligature une fois bien fixée, il est aisé d'enlever toute la portion de la tumeur qui y est comprise, en appliquant la double canule comme nous l'avons indiqué. Il est bon d'observer qu'il faut faire passer la ligature et la canule par l'une des narines pour les porter dans l'ésophage; car il y a beaucoup moins d'inconvéniens à les introduire ainsi que par la bouche, et on les applique avec autant de facilité et d'avantage.

tage. On se servira pour cet effet d'une canule un peu courbée, telle que celle qui est représentée planche XLIV, fig. 2.

L'on peut en général faire la ligature des polypes de la partie postérieure du nez et de la gorge, de la manière que nous l'avons indiqué, sans beaucoup gêner la respiration; mais quand ils sont profondément situés dans l'œsophage, et toutes les fois même que l'application de la ligature est difficile et demande beaucoup de temps, il faut, pour s'assurer de la liberté et de la facilité de la respiration pendant l'opération, commencer par pratiquer la bronchotomie : elle est aisée à faire, elle n'augmente pas le danger, et elle nous met à même de finir plus complètement l'opération. J'ajouterai que l'on peut souvent se passer du speculum oris, mais qu'il devient nécessaire toutes les fois que l'opération est longue, et que l'on n'a pas beaucoup d'aisance pour passer la ligature sur la tumeur.

Il nous reste à indiquer la manière de lier un polype situé sur la partie antérieure du nez, et qui, au lieu de se porter en arrière dans le pharynx, sort par l'une des narines et tombe sur la lèvre supérieure. L'on passe l'anse de la ligature sur la partie du polype qui pend le plus, et on la conduit doucement jusqu'à sa racine avec le stylet échancré, planche XLVI, fig. 2. L'on donne le stylet à un aide pour retenir dans cette situation la ligature, dont les deux extrémités doivent passer à travers une double canule, que l'on introduit dans la narine du côté opposé au polype; et dès qu'on a porté sans faire d'effort la ligature jusqu'à la racine de la tumeur, on serre cette ligature suffisamment

pour faire une compression modérée ; on en attache alors les bouts aux aîles de l'instrument, et on la resserre tous les jours un peu jusqu'à ce que la tumeur tombe.

L'on extirpe ainsi tous les polypes qui affectent une partie quelconque du nez. Ceux qui n'ont pas vu exécuter cette méthode, pourront douter de cette assertion ; mais il suffit de la tenter un petit nombre de fois, pour se convaincre qu'elle est plus efficace, plus sûre et plus aisée que toutes celles que l'on a proposées jusqu'ici pour enlever les excroissances de ce genre : elle a de plus, à l'égard des polypes du nez, l'avantage de réussir aussi-bien lorsque le polype est gros, que quand il est petit, — et on en peut même en faire usage dans les cas où le volume de la tumeur a dilaté extraordinairement la narine. L'on voit, planche XLVI, fig. 1, un polype d'une forme remarquable, qui a été extirpé de cette manière sous la direction du docteur Monro, et je dois observer que ce docteur a le premier mis à exécution cette méthode d'enlever les polypes du nez et de la gorge. Ce polype remplissoit si complètement la narine, qu'il n'auroit pas été possible de l'enlever autrement, pas même avec les pinces, faute de pouvoir introduire les branches de l'instrument.

L'on a encore proposé une autre méthode de lier le polype des narines : on introduit une ligature dans la gorge par la narine affectée, et on la passe de manière que l'anse que forme le fil double embrasse la racine du polype : on prétend, en tirant par la bouche les extrémités opposées du fil, pouvoir les tordre suffisamment pour enlever la tumeur.

Planche XLV.

Fig.

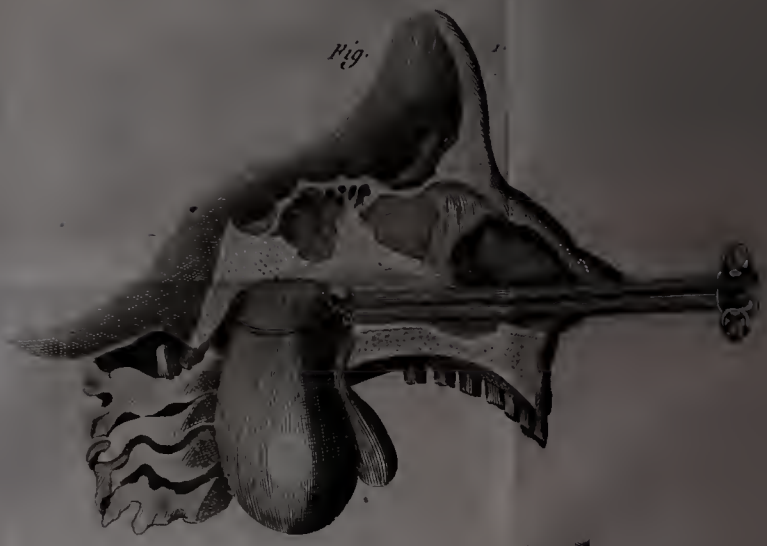


Fig. 2.

Guillot Sculp

Il est possible que ce moyen réussisse quelquefois, mais il doit souvent manquer. J'ai cependant cru devoir en parler, parce qu'il est recommandé par M. Cheselden, praticien très-judicieux. La fig. 2, planche XLV, représente un polype lié de cette manière.

L'on a inventé différentes pinces pour extirper les polypes. L'on a représenté, planche XLVIII, celles qui remplissent le mieux l'objet qu'on se propose, et qui sont d'un usage plus général. Les droites servent à extraire les polypes par les narines antérieures; mais quelques chirurgiens emploient les pinces crochues pour enlever les excroissances qui s'étendent dans la gorge derrière la luette. Quoique nous ayons prouvé qu'il étoit plus aisé d'enlever ce genre de polype par la ligature, nous avons cru devoir faire graver les pinces dont se servent ceux qui préfèrent une méthode différente.

Il faut, pour extraire le polype avec les pinces, que le malade soit assis solidement, la tête appuyée et soutenue en arrière par un aide; et comme il est de la plus grande importance de découvrir autant qu'il est possible l'origine de ces excroissances, il peut être avantageux de placer le visage de manière que les rayons du soleil tombent dans la narine.

Suivant la manière ordinaire de faire cette opération, le chirurgien prend les pinces fig. 2, planche XLVIII; il en introduit une des branches de chaque côté du polype, il les avance sans forcer jusqu'à ce que leurs pointes se trouvent le plus près possible du col de la tumeur; alors il la saisit fortement, et tâche de l'enlever en entier en la tirant directement en bas,

ou en faisant mouvoir la pince d'un côté de la narine à l'autre ; ou, ce qui vaut mieux, en tournant ou tordant le polype, comme quelques-uns le conseillent, jusqu'à ce qu'il soit entièrement séparé. Il me paroît que l'on doit ainsi détacher plus facilement que de toute autre manière la racine ou l'attache de l'excroissance, et en même temps moins irriter la partie de la membrane qui tapisse le nez, que quand on arrache la tumeur en la tirant en bas dans une direction latérale ou perpendiculairement.

Lorsque le polype est d'un tissu suffisamment ferme, on l'enlève souvent tout d'un coup en entier, si l'opération est bien faite : mais lorsqu'il est très-mol et cède facilement, il faut communément appliquer les pinces plusieurs fois, et ne pas abandonner l'excroissance tant qu'il en reste quelque portion qu'il est possible d'enlever.

Je dois néanmoins observer ici, que la première fois que l'on applique les pinces il survient communément une telle hémorrhagie, que les commençans effrayés des suites fâcheuses qui peuvent en résulter, sont très-tentés d'abandonner l'opération avant qu'elle soit entièrement terminée ; mais il ne faut pas en général faire attention à cette hémorrhagie, tant qu'en continuant l'usage des pinces on peut enlever quelques portions du polype. L'opération même finie, il est avantageux, pour peu que le malade soit robuste et pléthorique, de laisser encore couler le sang, pour prévenir l'inflammation, qui, sans cela, pourroit avoir des suites fâcheuses. On prendra néanmoins garde que l'hémorrhagie ne continue au point de devenir

Planche XLVI.

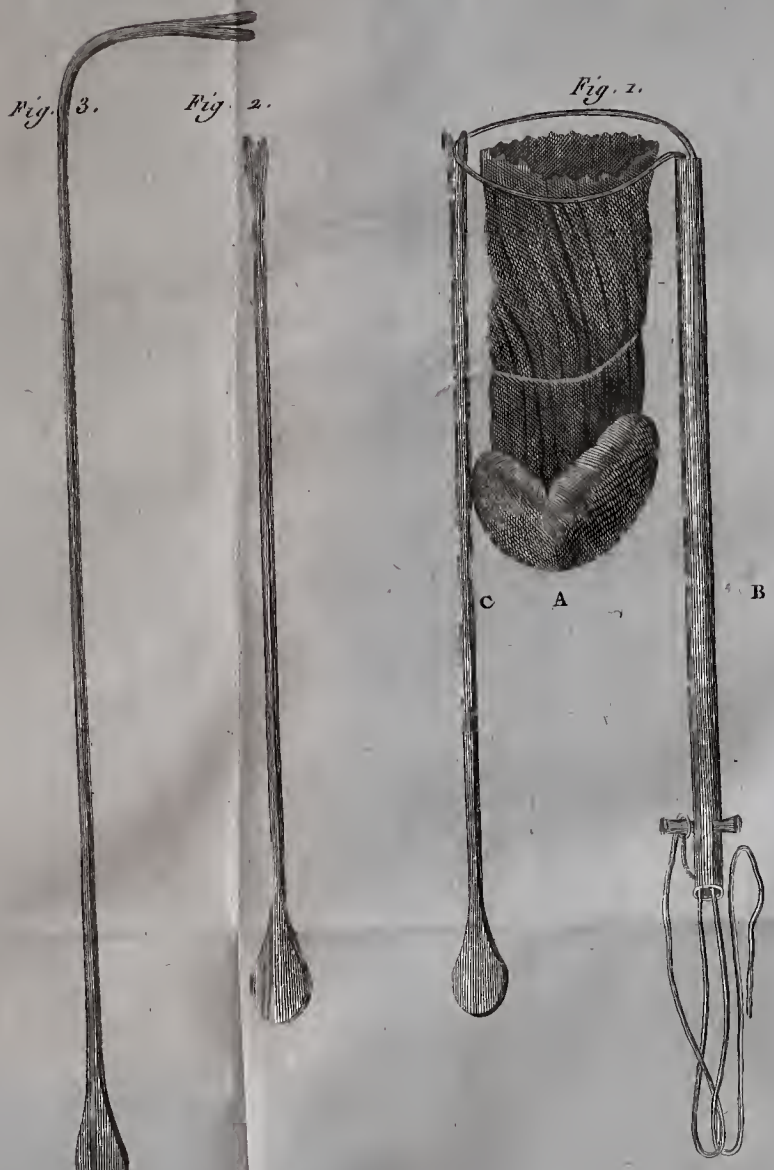


Planche XLVII.

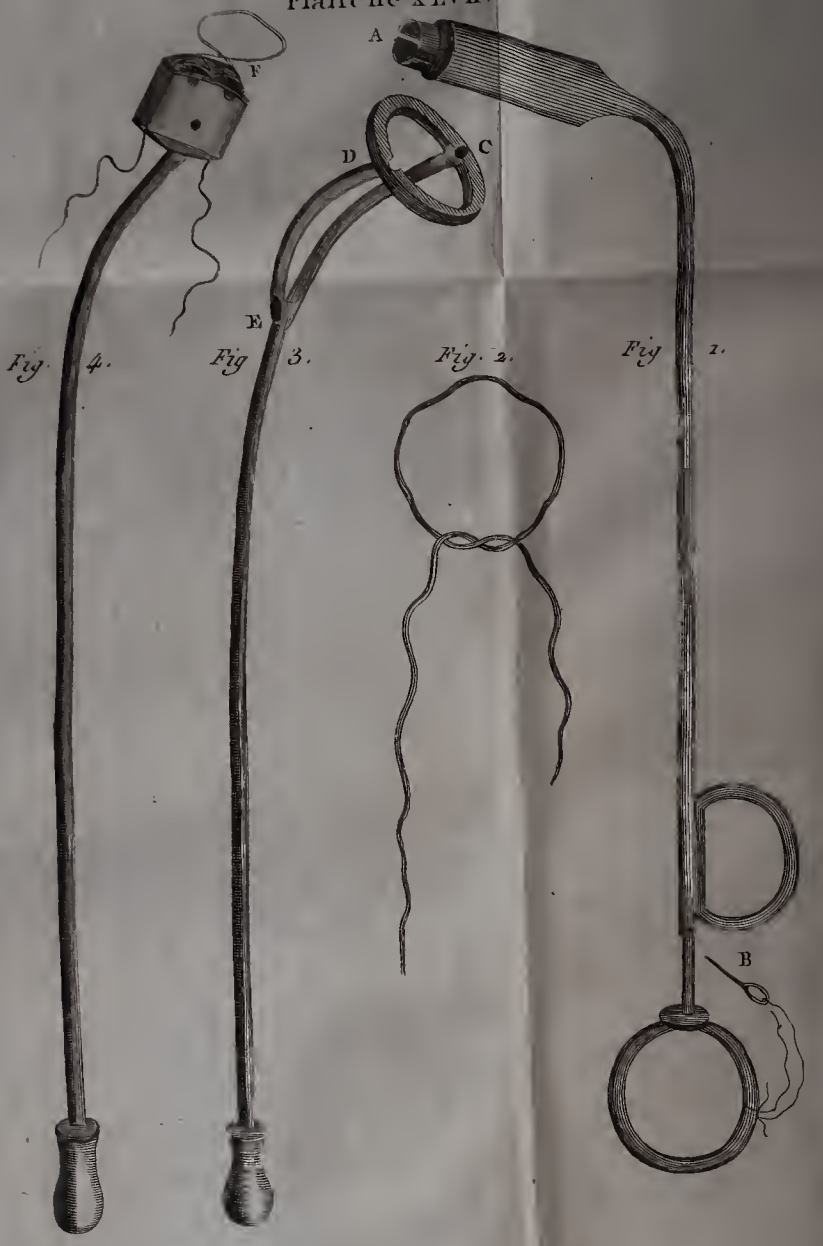


Fig. 4. Fig. 3. Fig. 2. Fig. 1.

Saillet Sculp.

nuisible. Cela ne se rencontre pas à la vérité souvent, et arrive moins facilement que ne se l'imaginent communément ceux qui n'ont pas eu des occasions fréquentes de voir pratiquer cette opération. Sans prétendre que l'on n'ait jamais perdu plus de sang par cette opération qu'il ne convenoit, je puis hardiment assurer que cela n'est pas commun. Si l'on trouve cependant l'hémorrhagie trop forte, il faut employer sur le champ, pour l'arrêter, les moyens que j'ai indiqués fort au long, section III de ce chapitre.

Quelques chirurgiens recommandent d'introduire des caustiques ou des corrosifs dans les narines, immédiatement après l'opération, pour détruire les portions de racines des polypes que l'on n'a pu emporter avec les pinces; mais je suis très-persuadé que l'on ne doit adopter cette méthode, que quand l'on apperçoit évidemment la partie sur laquelle on doit appliquer le caustique; autrement l'on agit au hazard, et il est plus probable qu'il en résultera du mal que du bien. Dans le cas au contraire où, en exposant la narine au grand jour, on découvre le siège de l'excroissance, on doit toucher les portions qui restent avec un morceau de pierre infernale, convenablement recouvert d'une canule pour éviter de toucher aux parties voisines. L'on a représenté planche XLVII, fig. 1, un instrument propre à cet objet. Cela ne doit pas cependant se tenter le jour de l'opération, comme on le conseille communément, parce qu'il n'est pas possible de distinguer suffisamment les parties affectées tant que le sang coule: mais le second jour est assez convenable; et l'on réitérera l'application

du caustique tous les deux ou trois jours, tant que l'on appercevra des restes du polype.

Dans les cas cependant où la racine du polype est située trop avant pour qu'on puisse l'appercevoir, et que par l'introduction du stylet, ou par la difficulté de respirer par cette narine, l'on est assuré que cette racine n'est pas détruite entièrement, il peut être très-convenable, quoique nous rejettions le caustique, de la détruire par des moyens moins dangereux. Il est probable qu'il seroit avantageux dans ce cas, de passer, comme nous l'avons indiqué, un séton dans la narine; mais l'on remplit plus sûrement la même indication en se servant d'une grosse bougie. Nous avons déjà remarqué que les bougies paroissoient particulièrement détruire les embarras de l'urèthre par leur pression méchanique; il y a lieu de croire, d'après le même principe, qu'elles seroient également avantageuses pour détruire les excroissances polypeuses des narines que l'on ne peut emporter avec les pinces. Je pense même que si nous étions consultés avant que ces excroissances eussent acquis un gros volume, les bougies continuées un temps convenable, pourroient en arrêter les progrès, et peut-être les détruire entièrement dès leur naissance. Mais on ne nous consulte guère dans ces cas, comme je l'ai déjà remarqué, que quand la maladie est trop avancée pour que cette pratique soit admissible. Je n'ai eu qu'une occasion de l'essayer, et le résultat que j'en ai obtenu suffit pour nous encourager à la tenter de nouveau.

La personne qui fait le sujet de cette observation, se plaignoit depuis plusieurs semaines d'une espèce d'engorgement dans une narine,

et de difficulté de respirer par cette narine. En l'examinant, j'apperçus distinctement et je touchai avec la sonde, un petit polype mol, de couleur pâle, situé profondément. Comme il ne gênoit pas encore beaucoup, je n'ai pas cru devoir en faire l'extraction ; mais jugeant que c'étoit le cas d'essayer les effets de la compression, j'introduisis dans toute l'étendue de la narine un rouleau d'une grosseur convenable fait avec l'emplâtre à bougie, dont j'augmentai peu à peu le volume ; le passage de la narine se débarrassa et devint libre ; l'excroissance disparut presque entièrement au bout de sept ou huit semaines ; mais le malade fut alors obligé de partir, et depuis je n'en ai pas entendu parler.

Je me suis, dans ce cas, servi vers la fin du traitement d'un tube d'argent recouvert de l'emplâtre, pour laisser la liberté de la respiration ; et comme ce tube étoit de longueur à passer entièrement dans la narine, le malade le portoit sans beaucoup d'embarras. On pourroit, pour l'empêcher de tomber, ou de passer dans la gorge, y attacher un morceau d'emplâtre glutinative que l'on appliqueroit sur la lèvre supérieure, ou le fixer à un bout de ruban étroit que l'on feroit passer autour du col.

J'ai supposé, en décrivant cette opération, que l'on se servoit des pinces ordinaires : elles sont aussi convenables que toute autre lorsque l'excroissance est petite ; mais il n'est pas aisé ni même à propos d'en faire usage, dans les cas où le polype est d'une telle grosseur, qu'il remplit presque la narine : car comme l'on introduit en même temps les deux branches de ces pinces, on ne les fait entrer qu'avec

beaucoup de peine dans le fond de la narine qui est bouchée; et plus on fait d'efforts pour les avancer sur l'excroissance, plus cette dernière approche de l'axe de l'instrument; les branches doivent en conséquence s'écarter en proportion vers leurs extrémités, ce qui les empêchant de comprimer aussi également la tumeur, donne moins d'espoir d'en extirper la racine avec ces pinces, qu'avec celles qui seroient construites de manière à produire une compression égale dans toute leur longueur.

L'on a proposé différentes corrections pour remédier à ces inconvéniens; mais aucune ne me paroît supérieure à celle du très-habile Richter, docteur de Gottingue. Son instrument est représenté planche XLVIII, fig. 3. On peut s'en servir à la manière ordinaire, en introduisant les deux branches en même temps lorsque le polype est petit; dans le cas contraire, il vaut beaucoup mieux introduire séparément chaque branche, comme on le fait lorsque l'on se sert du forceps pour les accouchemens. On passe d'abord lentement et avec précaution l'une des branches des pinces le long du polype; l'on introduit ensuite la seconde de même du côté opposé, de manière à pouvoir fortement les attacher ensemble dans leur jointure. Il faut donc que ces branches puissent se séparer aisément, et les fixer de façon à s'en servir, comme nous venons de le dire.

Ces pinces, ainsi que toutes celles qui sont usitées pour cette opération, doivent avoir la partie que l'on introduit dans le nez aussi mince et aussi déliée que le permet la nature de la maladie; car, je le répète, le retrécissement de la partie sur laquelle on opère, est une des

Planche XLVIII.

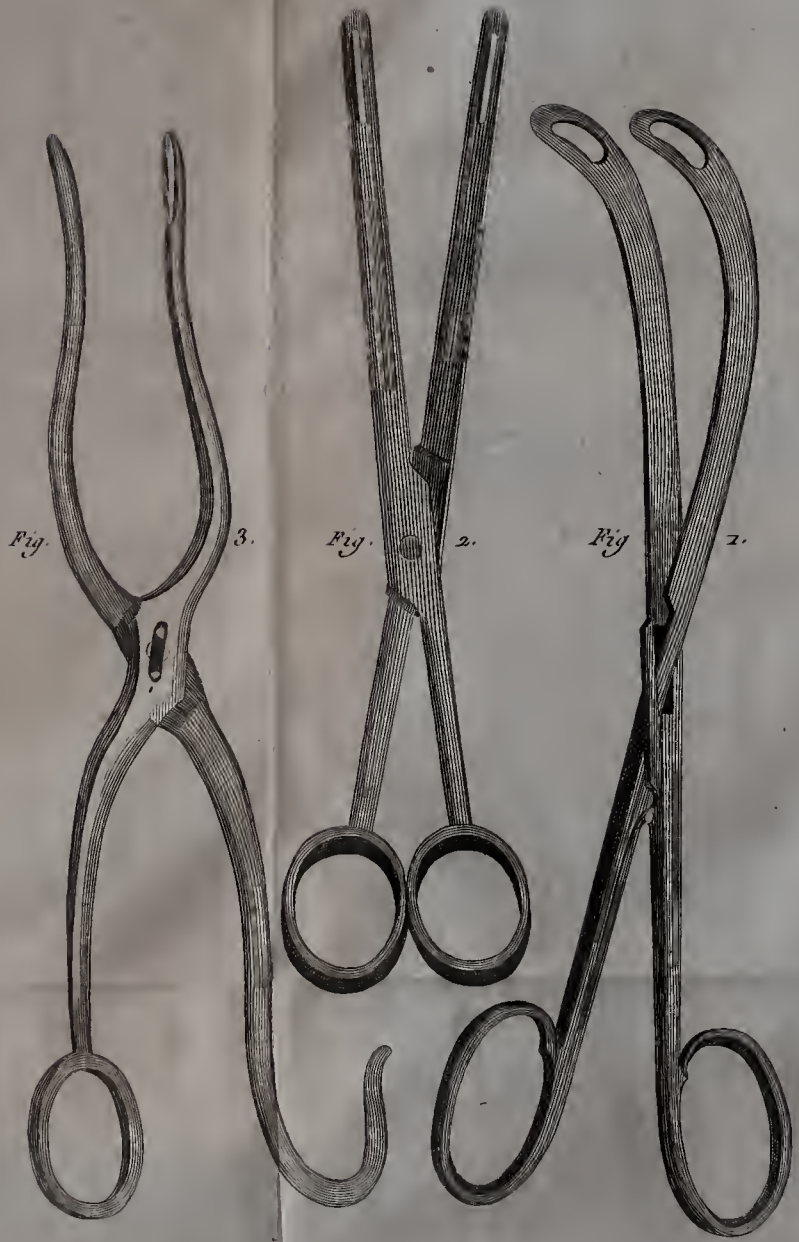


Fig. 3.

Fig. 2.

Fig 1.

principales difficultés que l'on rencontre : mais les pinces faites d'un acier bien trempé, ne sont jamais si épaisses ni si volumineuses que celles dont on fait communément usage.

Néanmoins, quand le polype est devenu fort gros, il bouche quelquefois tellement les narines, que quelque précaution que l'on prenne, il n'est pas possible d'introduire les pinces. Dans ces cas, comme on peut se procurer un espace considérable en mettant la narine à découvert, il est quelquefois à propos de faire une incision longitudinale sur sa partie cartilagineuse ; et, après avoir enlevé la tumeur, de réunir les parties divisées avec des emplâtres glutinatives, ou avec un ou plusieurs points de sutures.

J'observerai qu'il ne faut jamais trop se hâter d'adopter ce moyen, ni le condamner trop généralement, comme font quelques chirurgiens. Je ne pense pas qu'il puisse réussir dans tous les cas; mais quand le polype remplit tellement la narine, qu'il n'est pas possible d'y introduire les pinces pour l'enlever; lorsque la tumeur continue à s'accroître, et qu'il y a tout lieu de craindre qu'elle ne se termine par la mort si on n'en fait l'extirpation, il vaut certainement mieux faire courir au malade le danger léger de la méthode que nous avons indiquée, que de le laisser périr misérablement, comme cela arriveroit, suivant toute apparence, si on ne tentoit aucun moyen de le guérir. Si après avoir ouvert la narine, l'on croit pouvoir enlever la tumeur sans danger avec les pinces, il est possible d'obtenir une guérison complète ; le malade sera ainsi bien dédommagé des douleurs qu'il aura éprouvées, et le chirurgien des peines qu'il se sera données; d'une autre part, l'on ne

produit pas un grand mal, et l'on ne coure aucun risque, si après avoir mis les parties à découvert, l'on reconnoît qu'il n'est pas à propos d'enlever aucune portion de la tumeur.

Dans le cas de polype dur charnu, qui dégénere quelquefois en cancer, si l'on trouve la tumeur ulcérée, et les cartilages, ainsi que les os du nez affectés, il seroit sans doute imprudent de conseiller le traitement dont nous venons de parler; car il est probable qu'on n'en retireroit aucun avantage; l'on feroit beaucoup souffrir le malade sans nécessité; et l'on discréditeroit ainsi l'opération : mais dans les cas moins graves, qui ne se terminent que rarement ou même jamais par le cancer, sur-tout lorsque les os les plus externes ainsi que les cartilages du nez ne sont pas affectés, on ne doit pas hésiter à adopter la méthode dont nous venons de parler, en supposant que l'on puisse enlever la tumeur avec les pinces, et que tout autre moyen soit impraticable.

Dans un cas où la narine étoit tellement remplie par une excroissance dure, charnue, qu'il n'étoit pas possible d'introduire les pinces, M. Richter s'est servi, pour diminuer le volume de la tumeur, d'un moyen qui a rempli jusqu'à un certain point l'objet qu'il se proposoit, et beaucoup soulagé le malade. Il fit une ouverture dans le centre de l'excroissance avec un trois-quarts ordinaire rougi au feu et recouvert d'une canule; il l'introduisit dans tout le cours de la tumeur, ce qui en diminua beaucoup le volume, et forma un passage, au moyen duquel le malade respira facilement. Richter ne put malheureusement terminer la guérison par l'extraction ou par un autre moyen, parce

que le malade partit. — Ce cas donne néanmoins une idée utile pour la pratique, et indique une méthode curative, dont l'on pourroit quelquefois faire usage avec succès dans les tumeurs de ce genre (1).

Quoique j'aie ainsi décrit cette méthode d'enlever les polypes du nez avec les pinces, j'observerai de nouveau, qu'il est plus aisé et plus sûr de recourir à la ligature; et comme elle est praticable dans presque tous les cas, il paroît qu'il ne lui manque que d'être plus connue, pour être universellement adoptée.

SECTION VI.

De l'extirpation des Amygdales.

Les amygdales sont souvent si grosses, même dans l'état naturel, qu'elles remplissent presque entièrement le passage depuis la bouche jusqu'au fond de la gorge. Tant qu'elles sont saines et sans inflammation, il n'en résulte pas pour l'ordinaire une grande gêne; mais leur grosseur les rend très-sujettes à s'enflammer, lorsque le malade s'expose beaucoup au froid; et les retours fréquens d'inflammation augmentent tellement le volume de ces glandes, qu'elles bouchent presque entièrement le passage des alimens, de la boisson et de l'air.

L'on donne communément le nom de squir-

---

(1) L'on trouvera de plus grands détails sur cette observation, et sur les pinces dont j'ai parlé plus haut, dans l'ouvrage intitulé, *Augusti Gottlieb Richteri Observationum Chirurgicarum fasciculus secundus. Gottingæ*, 1776.

rosités à cette augmentation de volume des amygdales; mais nous croyons cette dénomination très-impropre, car, excepté la dureté de la tumeur, il n'y a aucun des signes qui caractérisent le squirrhe. Le véritable squirrhe est accompagné de fréquentes douleurs lancinantes, et est de nature à se terminer en cancer : or l'on sait qu'il y a très-rarement douleur dans les cas de gonflement des amygdales, à moins qu'elles ne s'enflamment; et quoiqu'alors elles soient souvent très-douloureuses, la douleur disparoît avec l'inflammation, et ne se renouvelle que quand le malade s'expose de nouveau au froid : ce qui n'arrive jamais, lorsque les tumeurs sont véritablement squirrheuses; car dès que la douleur s'y fait sentir, elles deviennent constamment de mauvaise nature : il est au contraire très-rare que le gonflement des amygdales se termine par le cancer; je n'en ai jamais vu d'exemples, et je crois que peu de chirurgiens en ont rencontré.

M. Sharpe, en traitant ce sujet, recommande d'extirper plus hardiment qu'on ne le fait les amygdales tuméfiées, ou suivant son expression, squirrheuses; parce qu'il a observé, ajoute-t-il, que la maladie ne revenoit jamais, comme il n'arrive que trop souvent, après l'extirpation des tumeurs squirrheuses des autres parties. Comme ses expressions sont très-remarquables, je vais les rapporter ici. « Toutes les autres tumeurs squirrheuses de nature scrophuleuse ou cancéreuse, sont sujettes à revenir, parce que le virus reste dans le voisinage de la glande que l'on a extirpée, ou au moins se jette sur quelque autre glande. Dans le cas dont il s'agit, je n'ai jamais rien observé de semblable; le

malade s'est toujours rétabli dans une santé parfaite et durable (1) ».

Ce fait est d'autant plus intéressant, qu'il est rapporté par un homme célèbre, dont la pratique étoit fort étendue. On l'a cependant révoqué en doute, parce que les tumeurs squirrheuses des autres parties reparoissent, comme l'on sait, fréquemment après avoir été extirpées. Il est en effet surprenant que la même opération réussisse toujours sur les amygdales squirrheuses, et soit infructueuse sur d'autres parties. Mais l'explication que nous venons de donner éclaircit ce fait. Les tumeurs des amygdales que l'on appelle squirrheuses ne le sont pas réellement; c'est pourquoi elles ne dégénèrent jamais en cancer, ou elles ne reviennent pas quand on les a extirpées; ce qui est une raison très-puissante de les enlever dès qu'elles gênent extrêmement la déglutition ou la respiration, et qu'il y a à craindre pour le malade : dans le cas contraire, on ne doit jamais conseiller cette opération, qui est toujours fort douloureuse.

L'on a proposé différentes méthodes d'extirper les amygdales engorgées; — telles que le cautère actuel ou potentiel; l'amputation avec le bistouri ou des ciseaux courbes; enfin, la ligature.

Les caustiques sont absolument inadmissibles ici, parce qu'il n'est pas possible de les appliquer sans affecter les parties voisines; et les hémorrhagies énormes qui suivent quelquefois l'amputation, nous interdisent l'usage du bistouri et des ciseaux. L'on est donc réduit à

(1) *Voyez* Recherches critiques, &c. par Samuel Sharpe, quatrième édit. sect. VII.

recourir à la ligature ; et l'on peut, en y apportant une attention convenable, détruire par ce moyen toutes les tumeurs des amygdales.

La méthode que nous avons adoptée dans la section précédente, pour faire la ligature des polypes de la gorge, paroît être aussi la plus convenable et la plus aisée pour les tumeurs des amygdales. On peut les lier avec un fil d'argent flexible, ou une corde à boyau, suffisamment forte. La canule double légèrement courbe, de la fig. 2, planche XLIV, est préférable, pour passer dans le nez, à la canule droite.

L'on passe d'abord dans l'une des narines la ligature double, formée de fil d'argent ou de corde à boyau, et quand on est parvenu à la faire pénétrer jusque dans la gorge, le chirurgien introduit les doigts dans la bouche du malade, pour ouvrir l'anse de la ligature ; et dès qu'il l'a passée autour de la tumeur, il l'avance autant qu'il est possible jusqu'à la racine. Il retient la ligature dans cette situation avec ses doigts, tandis qu'un aide, après avoir introduit les deux extrémités de la ligature dans la canule, avance cette dernière sans faire d'efforts dans la narine, jusqu'à ce qu'il en apperçoive ou sente le bout dans la gorge ; alors on serre suffisamment le fil d'argent, pour le fixer dans la substance de la tumeur, et on lie, comme nous l'avons dit, les bouts qui pendent par l'autre extrémité de la canule, aux aîles ou au manche de l'instrument ; et en resserrant de temps en temps la ligature, la tumeur tombe promptement.

Plus la tumeur pend, plus il est aisé de fixer la ligature. Quelque large qu'en soit la base, il est rare que l'on y rencontre beaucoup de difficulté, parce que la tumeur est toujours très-sail-

lante, de manière que quand l'on a entièrement passé par-dessus le fil double, il est aisé de le pousser avec les doigts jusqu'à la base; et en le tenant dans cette situation, jusqu'à ce qu'on ait suffisamment serré la ligature, on ne doit pas craindre qu'elle se dérange par la suite.

Nous avons recommandé de faire passer la ligature par le nez, avant de l'appliquer sur la tumeur. On pourroit cependant l'introduire également par la bouche, mais alors la ligature et la canule pendroient de la bouche pendant le cours du traitement, et gêneroient beaucoup. Cette méthode ne convient que quand quelque obstacle empêche d'appliquer la ligature de la manière que nous avons indiquée.

Les deux amygdales sont en général à-peu-près de la même grosseur dans ces affections. Il suffit quelquefois d'en enlever une, pour rendre libre le passage des alimens; dans le cas cependant où l'on juge à propos de les extirper toutes deux, il faut attendre que l'inflammation ou la tension excitée par la première opération, soit entièrement dissipée avant de songer à enlever l'autre.

Cette manière de lier ces tumeurs me paroît la meilleure : on peut néanmoins souvent en adopter d'autres : prendre, par exemple, un fil ciré suffisamment fort, le passer autour de la tumeur avec les doigts, ou une sonde échancrée, telle que celle de la planche XLVI, fig 3; faire ensuite par-dessus une anse, que l'on noue et que l'on serre autant qu'on le desire, en fixant l'un des bouts du fil sur le côté de la tumeur de la gorge avec l'instrument de la fig. 2, planche LI, tandis que l'on tire fortement de l'autre main le bout qui sort de la bouche.

M. Cheselden a le premier mis cette méthode en pratique ; elle a été recommandée depuis par Sharpe et d'autres. M. Cheselden a de plus proposé, dans les cas où la tumeur est pyramidale et a une large base, de fixer la ligature avec une aiguille, dont le chas est près de la pointe, comme on le voit fig. 3, planche LI. On passe une double ligature dans le chas de l'aiguille, que l'on enfonce ensuite dans le centre de la tumeur près de sa base, et après avoir dégagé les fils avec des pinces, on retire l'aiguille. L'on forme ainsi deux ligatures, dont chacune renferme une moitié de la tumeur, en liant un des fils en haut, et l'autre en bas. — Il faut aussi se servir, dans ce cas, de l'instrument, fig. 2, de la même planche.

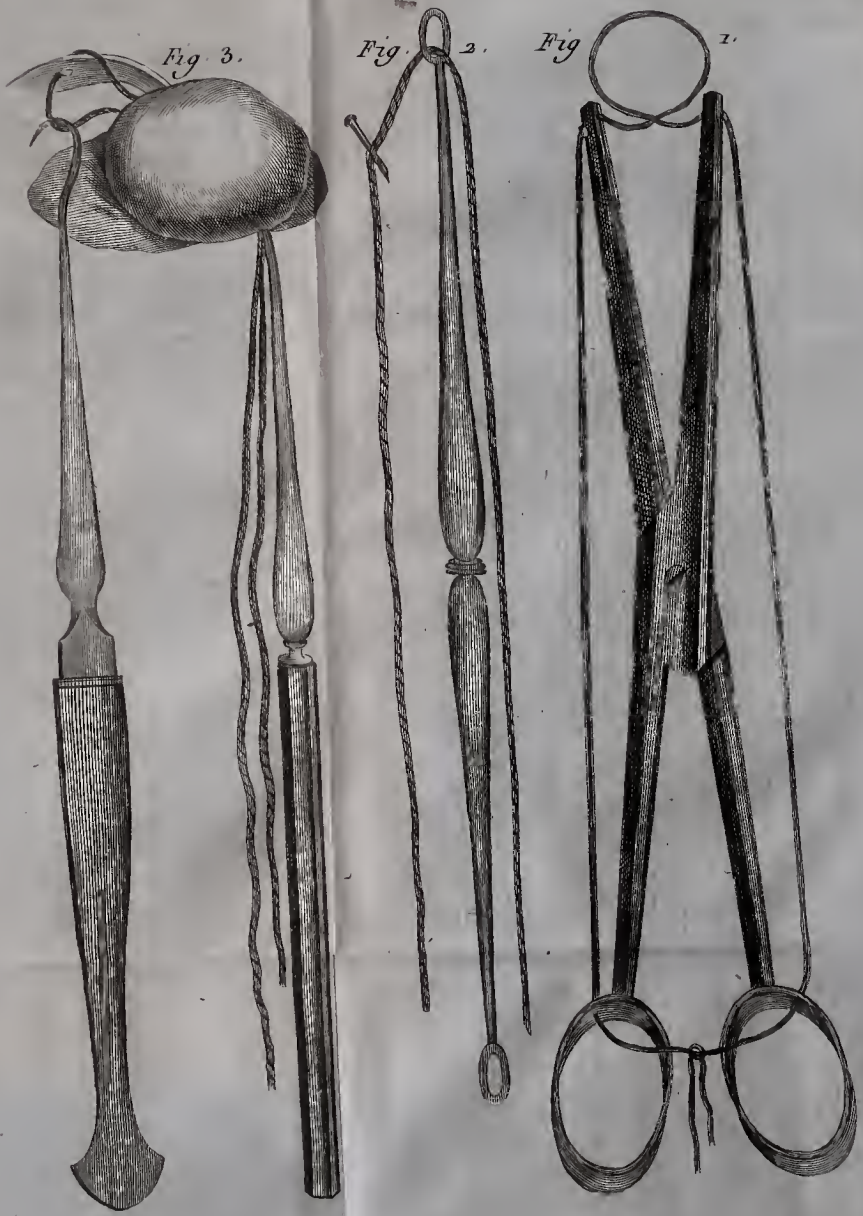
J'ai cru convenable de parler ici de cette méthode de lier les tumeurs des amygdales à large base, quoiqu'il n'y ait pas apparence qu'elle puisse être souvent nécessaire. On n'en a jamais besoin quand on se sert de la double canule, parce qu'elle a un degré de force suffisant pour fixer tout d'un coup la ligature dans la substance de la tumeur : j'en suis d'autant plus convaincu, que M. Sharpe pensoit de même dans un temps où l'opération se pratiquoit de façon que la ligature ne pouvoit pas être si solidement fixée qu'elle l'est aujourd'hui avec la double canule ; quoique privé de cet avantage, il observe qu'il n'a jamais rencontré un seul cas où la double ligature, recommandée par Cheselden, fût nécessaire (1).

De quelque manière que l'on pratique l'opé-

(1) *Voyez* M. Sharpe's Treatise on the operations of Surgery, chap. XXXII.

ration,

Planche LI.



Fuillet Sculp.

ration, il se peut que dans quelques cas la tumeur ne tombe pas par la première ligature; alors on en met une seconde, que l'on laisse jusqu'à ce que l'on ait obtenu la guérison.

SECTION VII.

De l'extirpation de la Luette.

La luette se relâche souvent et s'alonge tellement à la suite des inflammations fréquentes et peut-être par d'autres causes, qu'elle gêne la déglutition, et irrite la gorge au point de produire la toux, des nausées, et même le vomissement.

Lorsque le gonflement est léger, on peut, en général, le dissiper par l'usage fréquent des gargarismes astringens, faits avec de fortes infusions de roses rouges, — de quinquina, — ou d'écorce de chêne, dans lesquelles on met une quantité convenable d'alun ou d'acide vitriolique; on se bornera à ces remèdes tant qu'ils produiront de bons effets: dans le cas au contraire où ils ne réussissent point et où le gonflement de la luette continue à faire des progrès, et à augmenter au point de produire une gêne considérable dans la gorge et les autres symptomes dont nous avons parlé, on ne peut compter, pour obtenir la guérison, que sur l'extirpation.

On extirpe la luette avec le bistouri ou la ligature. Le premier de ces moyens enlève tout-à-coup la partie affectée, et le malade guérit sur le champ; l'autre remplit le même objet plus lentement, et est plus difficile à exécuter. Mais l'amputation de la luette produit

duit quelquefois des hémorrhagies difficiles à arrêter, tandis que l'on ne coure aucun risque par la ligature. Quelques chirurgiens prétendent, à la vérité, qu'il n'y a rien à craindre des hémorrhagies qui suivent l'amputation de la luette; quoique cela puisse être vrai en général, j'ai vu quelques exemples du contraire, où les malades ont perdu beaucoup de sang. Cela arrive sur-tout lorsque la luette est très-grosse, et que les vaisseaux qui s'y portent sont fort gorgés. Il est rare, à ce que je crois, lorsqu'elle n'est qu'alongée, que l'on coure quelque danger de la couper. On doit donc toujours recourir à ce moyen dans ce cas; mais lorsque les parties que l'on doit enlever sont extraordinairement gonflées, la ligature est préférable.

L'on a inventé différens instrumens pour couper la luette. La fig. 1 de la planche LII, en représente un des plus usités; mais cet instrument, ni aucun de ceux que nous connoissons, ne remplissent jamais aussi-bien l'objet qu'on se propose, que le bistouri boutonné de la fig. 3 de la même planche. Cette opération se pratique aussi très-facilement avec les ciseaux de forme ordinaire ou courbes, de la planche XLIX, de la fig. 1, 2 ou 3.

Il faut, pour se servir de ces instrumens, assujettir la bouche avec le speculum oris de la planche LIV, fig. 1, et saisir la luette avec des petites pinces, ou avec un crochet pointu; on coupe ainsi plus aisément la luette que quand on la laisse pendre dans sa situation naturelle. S'il coule beaucoup de sang après l'opération, on l'arrête par les gargarismes astringens; les esprits ardens; ou même en touchant le vaisseau ouvert avec la pierre infernale. Mais l'on

Planche XLIX.

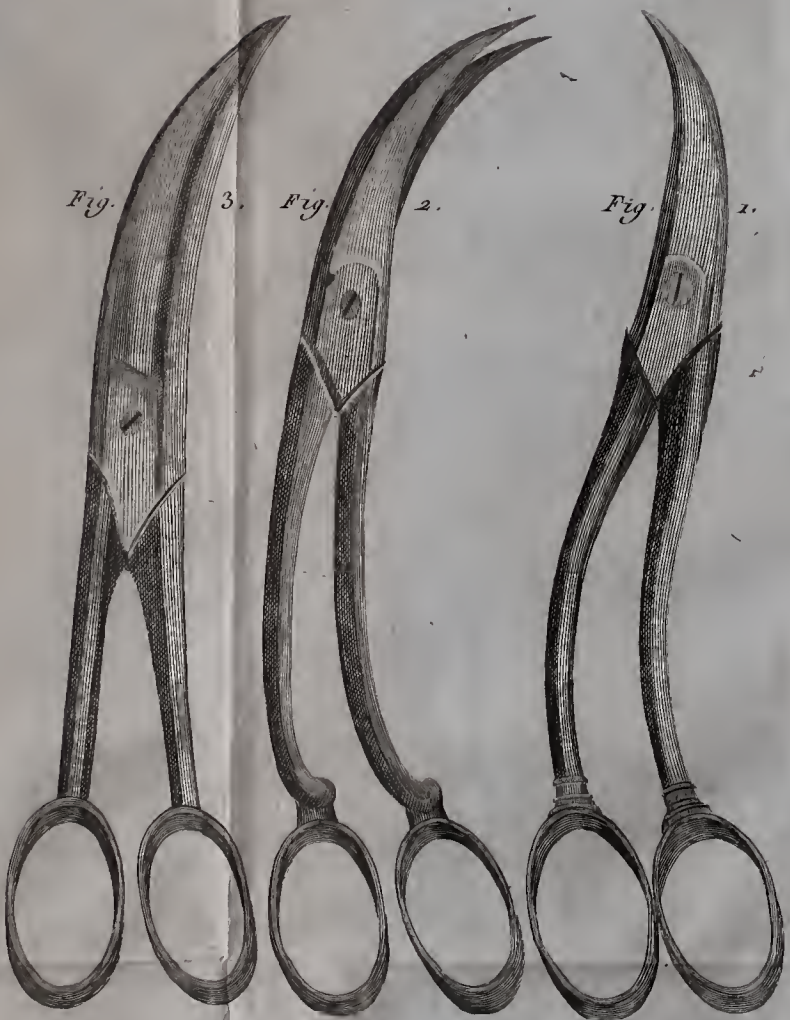


Fig. 4.

Guillot Sculp.

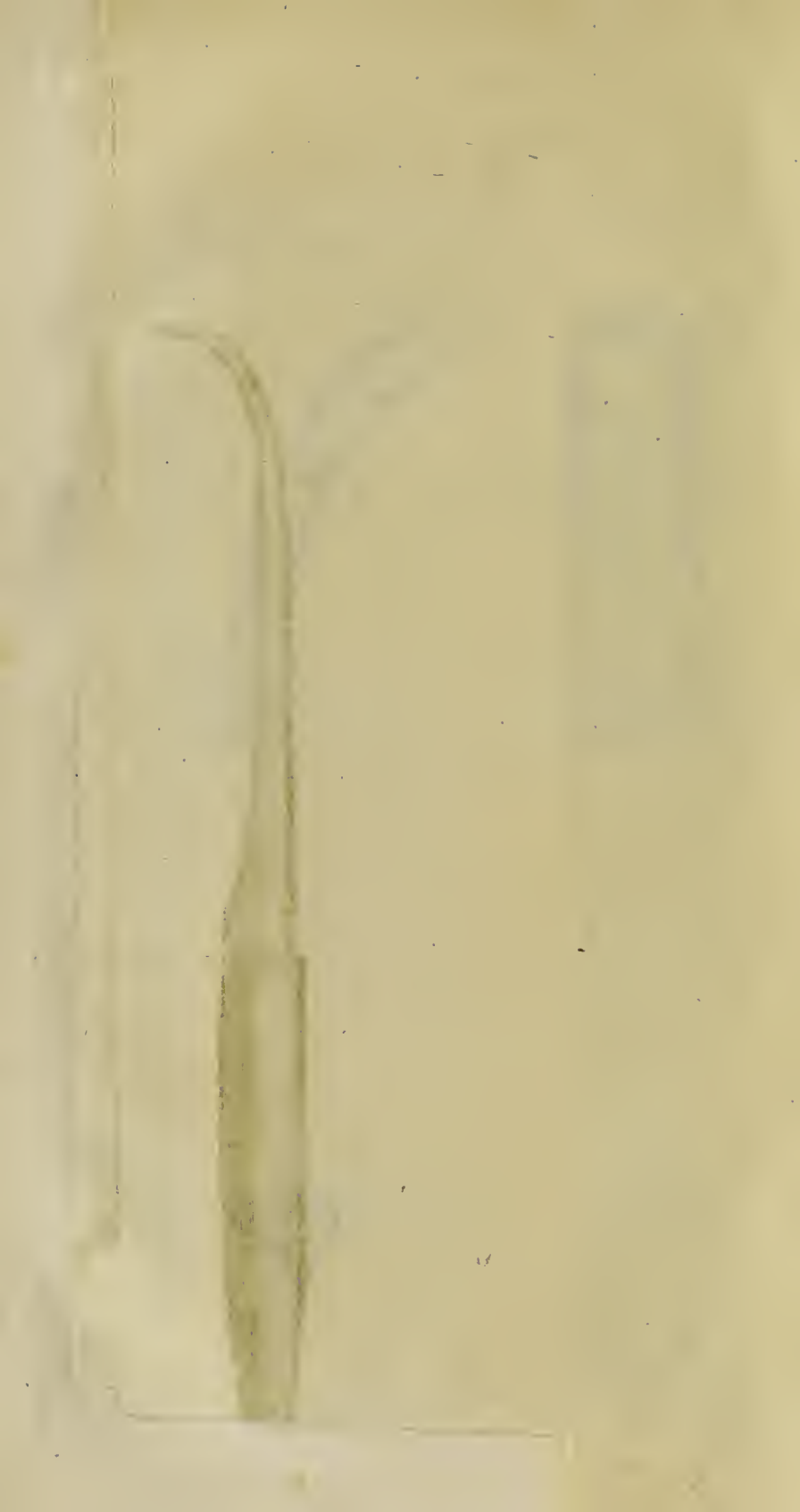


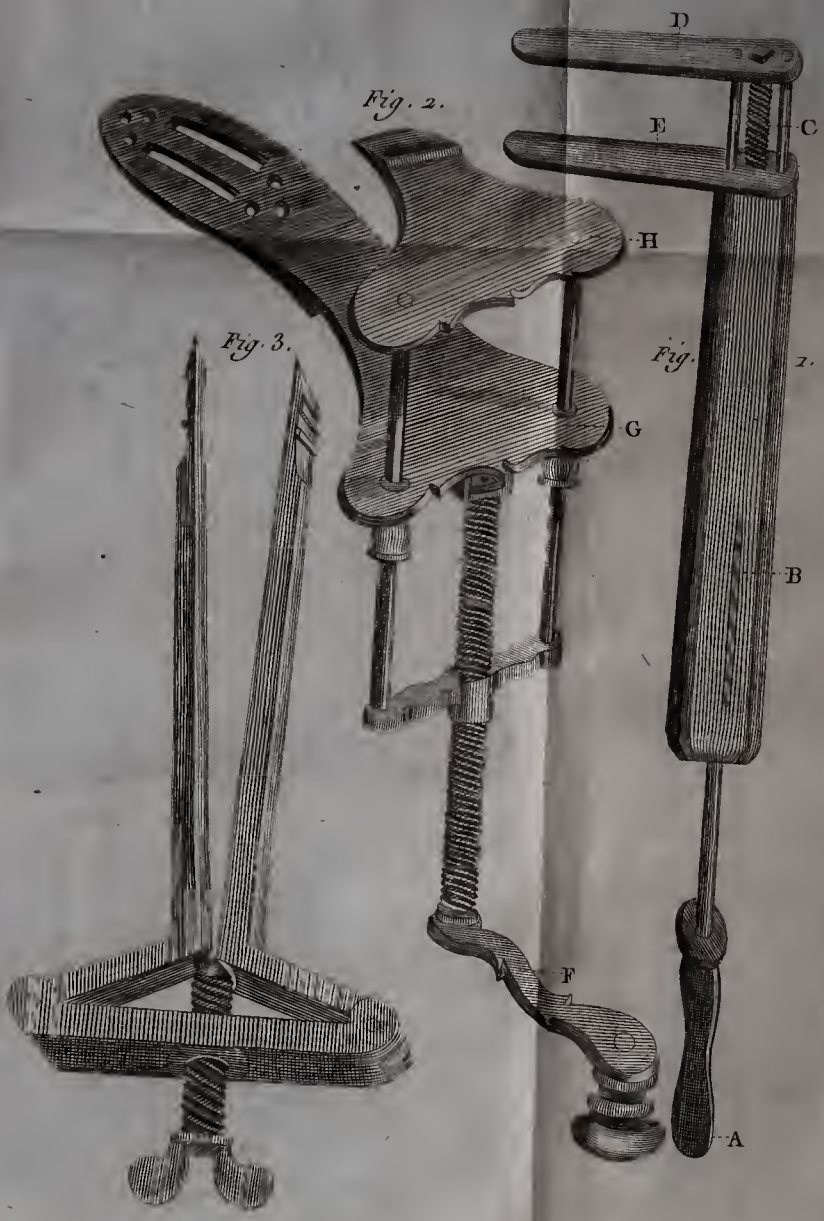
Planche LII.

Fig. 3.

Fig. 2.

Fig. 1.

Planche LIV.



n'est guère obligé d'user de ces précautions; car un écoulement modéré de sang ne peut jamais nuire, et il est rare qu'il en coule beaucoup quand les parties ne sont pas fort gonflées. Si l'on adoptoit la ligature, on pourroit aussi la fixer, comme je l'ai dit dans la dernière section; passer la double canule dans l'une des narines; — ou introduire la canule par la bouche; — ou enfin suivre la méthode proposée par M. Cheselden, pour la ligature des amygdales, qui est également décrite dans la dernière section. Après avoir passé la ligature autour de la tumeur, ce qui en général est très-aisé à exécuter avec les doigts, on y fait un nœud, comme nous l'avons indiqué dans l'endroit cité, avec l'instrument de la fig. 2, planche LI.

J'ai jugé à propos de représenter encore, planche XLIV, fig. 3, un autre instrument, qui est presque le seul dont on s'est servi jusqu'ici pour assujettir une ligature sur la luette; cet instrument s'appelle communément Anneau d'Hildanus, du nom de son inventeur: il est très-ingénieux, et on peut, par son moyen, appliquer une ligature serrée à la luette; il est néanmoins probable qu'on l'abandonnera entièrement, pour y substituer l'un des moyens que nous avons décrits, qui remplissent le même objet d'une manière plus simple.

SECTION VIII.

Des scarifications et des fomentations de la Gorge.

Les scarifications sont souvent nécessaires dans les affections des amygdales et des parties voisines; premièrement, pour modérer l'inflammation, en procurant une évacuation locale de sang; secondement, pour donner issue au pus renfermé dans les abcès, lorsque les moyens que l'on a employés pour prévenir la suppuration n'ont pas réussi.

J'ai fait graver, vol. II, planche XXIV, un instrument pour remplir cet objet, et il y en a deux autres de forme différente, représentés planche LIII, fig. 1 et 3. Les aîles que l'on voit à la fig. 1 servent particulièrement à comprimer la langue, lorsque l'on porte le scarificateur dans le fond de la bouche. L'on peut, avec l'un de ces instrumens, ou avec celui de la planche XXIV, faire des scarifications, ou ouvrir des abcès sans aucun danger dans quelqu'endroit que ce soit de la bouche ou de la gorge.

Les fomentations sont souvent nécessaires dans les inflammations dont il s'agit; et même dans les affections catarrhales de la trachée-artère et des poumons. Entre les différens moyens que l'on a proposés pour diriger les vapeurs chaudes vers ces parties, je n'en connois pas de meilleur ni de plus simple et plus aisé à employer, que l'instrument gravé planche LIII, fig. 2, dont M. Mudge de Plymouth est l'inventeur. On procure par ce moyen un bain de

Planche LIII.

Taillot Sculp.

vapeur à la gorge, à la trachée-artère et aux poumons, sans aucun embarras pour le malade ; il peut même, pendant ce temps, rester couché dans son lit. — Cet instrument me paroît si utile dans tous les cas de catarrhe, que je pense que chaque famille devroit en avoir un.

CHAPITRE XXX.

Des maladies des Lèvres.

SECTION PREMIERE.

Du Bec-de-lièvre.

Les lèvres sont de toutes les parties du corps celles où l'on rencontre plus souvent des imperfections naturelles; car il n'est pas rare de voir des enfans naître avec une fente à l'une des lèvres, sur-tout à la supérieure. Tantôt il y a un vide considérable ou un défaut réel de substance; d'autres fois il n'y a qu'une simple fente ou division; et dans quelques cas une double fente, séparée par un espace intermédiaire entier. Les différens degrés de cette affection s'appellent Bec-de-lièvre, à cause de la ressemblance qu'on a cru leur trouver avec les lèvres de cet animal.

Cette fente est pour l'ordinaire bornée à la lèvre même: néanmoins dans bien des cas elle s'étend en ligne droite en arrière tout le long du palais; elle passe sur le voile du palais et sur la luette, et se termine dans la gorge; les os du palais manquent totalement ou en partie dans quelques cas, et dans d'autres, ils ne sont que divisés ou séparés.

Le bec-de-lièvre produit toujours une grande difformité. Il empêche quelquefois l'enfant de tetter. Quand la lèvre inférieure est affectée,

ce qui est rare, le malade ne peut communément retenir sa salive, et la parole est toujours un peu gênée. Lorsque la division s'étend jusqu'aux os du palais, le malade ne peut mâcher ou avaler qu'avec beaucoup de peine, parce que les alimens remontent dans le nez.

Ces raisons sont toutes très-puissantes pour nous déterminer à tenter de guérir cette affection le plus promptement possible. En effet, lorsqu'elle empêche l'enfant de tetter, il faut le nourrir à la cuiller ou faire l'opération sur le champ. La plupart des praticiens veulent, quelque chose qu'il arrive, qu'on la retarde jusqu'à la troisième, quatrième ou cinquième année, parce qu'avant ce temps les cris de l'enfant rendent l'opération absolument impraticable, et empêchent ainsi le succès des moyens que l'on emploie pour la guérison.

Cette raison me paroît néanmoins de peu de valeur; car avant que l'enfant ait atteint sa douzième ou sa quatorzième année, qui est le temps où l'on peut lui supposer assez de courage pour qu'il se soumette sans répugnance à l'opération, la même objection subsiste toujours avec autant de force : bien plus, un enfant de six ou huit ans est, à tous égards, beaucoup plus difficile à conduire qu'un de six, huit, ou douze mois. Je suis donc entièrement d'avis que l'on ne retarde pas beaucoup l'opération lorsque l'enfant est sain; car plus on la fera de bonne heure, plus on remédiera promptement aux inconvéniens qui résultent de la maladie; et, autant que j'en puis juger par ma propre expérience, je crois qu'on peut la pratiquer dans tout les temps de l'enfance, même dès le troisième ou quatrième mois, avec autant d'espoir de réussir

qu'à tout autre âge. Je l'ai pratiquée avec le plus grand succès le troisième mois.

L'on convient généralement que l'indication que l'on se propose par cette opération, est de couper les bords de la fente de manière à la réduire dans toute son étendue à l'état d'une plaie récente; l'on rapproche ensuite les lèvres des parties nouvellement divisées, et on les retient en contact jusqu'à ce qu'elles aient contracté une forte adhérence entre elles. Malgré cette conformité d'opinion sur les principes qui servent de base à notre pratique, les auteurs diffèrent beaucoup sur la meilleure manière de l'exécuter. Les uns recommandent la suture entrecoupée pour retenir les bords de la fente; d'autres préfèrent la suture entortillée; plusieurs enfin rejettent toute espèce de suture; ils prétendent que l'on peut toujours obtenir la guérison par les emplâtres agglutinatives ou les bandages convenables, et éviter ainsi une grande partie des douleurs que produisent nécessairement les sutures.

Ce point est très-important, et mérite d'autant plus une discussion particulière, qu'il a donné lieu à de vives contestations entre des chirurgiens célèbres.

Notre objet, en traitant une maladie, est de procurer la guérison; et l'on convient qu'il faut toujours préférer la méthode la plus aisée pour y parvenir. D'après ce principe, l'on s'est donné beaucoup de peine pour prouver que les sutures sont rarement nécessaires dans quelque plaie que ce soit, sur-tout dans le traitement du bec-de-lièvre; et l'on a cité pour appuyer cette opinion, différens exemples de guérisons opérées par les bandages seuls : quelques-uns

même ont assuré que dans tous les cas de bec-de-lièvre, l'on obtenoit plus certainement la guérison par un bandage convenable qu'en se servant des sutures ; car l'on a prétendu que l'irritation qu'elles occasionnoient s'opposoit en grande partie au succès de l'objet qui détermine à y recourir. Dès que les bords de la fente sont coupés ou réduits à l'état de plaie récente, l'on n'est plus gêné que par la contraction des muscles voisins ; et l'on objecte que les sutures, loin de remédier à cette contraction, l'augmentent généralement, et que l'on remplit plus sûrement la même indication sans aucun inconvénient, en appliquant un bandage de manière à tenir dans un contact exact les parties que l'on se propose de réunir, ce que l'on obtient en soutenant suffisamment celles qui sont contiguës pour empêcher la réaction des muscles qui s'y attachent.

L'on ne peut douter que le bec-de-lièvre se guérit aussi complètement avec le bandage unissant, ou avec les emplâtres agglutinatives convenablement appliquées, qu'avec les sutures ; et cette méthode curative étant beaucoup moins douloureuse que l'autre, mériteroit dans tous les cas la préférence, si l'on pouvoit toujours également compter sur son efficacité : mais quoiqu'il soit possible, avec beaucoup de peine et d'attention, d'obtenir ainsi dans plusieurs cas la guérison, la nature du remède même donne tout lieu de croire qu'il doit souvent manquer son effet ; car si, pendant le traitement du bec-de-lièvre, chaque point des parties que l'on se propose de réunir, ne se trouve pas dans un contact très-exact jusqu'à ce que la réunion soit parfaitement accomplie, on

manque toujours son objet, et l'on ne peut réussir ensuite qu'en recommençant entièrement l'opération. Il faut remettre de nouveau au vif les bords de la plaie, et faire supporter au malade un autre bandage, ou recourir aux sutures, qui auroient évité au malade et au chirurgien beaucoup d'embarras si on en avoit fait usage d'abord : car je crois devoir observer que dans les cas où l'opération est praticable, les sutures convenablement appliquées ne manquent jamais leur effet, au moins je n'en ai vu aucun exemple. Il est vrai que quelquefois le manque de substance, ou la rétraction des parties est si considérable, qu'il est impossible de les tenir en contact, quelque moyen que l'on emploie, et il n'est pas douteux que les sutures ne peuvent point réussir dans des cas semblables; toutefois ce n'est pas alors la faute du remède, mais de l'opérateur qui s'en sert dans une variété de maladie incurable.

J'ai souvent eu occasion de pratiquer cette opération; j'ai d'abord fait usage, avec tout le soin possible, des bandages et des emplâtres, parce que j'étois prévenu en leur faveur, et le résultat fut tel que je l'ai indiqué. Je me suis convaincu que l'on pouvoit obtenir par cette méthode une guérison complète ; néanmoins malgré tout le soin et toute l'attention possible, on n'est jamais sûr du succès; et comme les sutures, convenablement appliquées, m'ont toujours réussi, j'ai abandonné toute autre méthode, et je n'ai eu jusqu'ici aucun sujet de m'en repentir. Je vais donc décrire l'opération telle qu'elle se pratique avec les sutures. Je ne parlerai pas de la manière d'employer dans ce cas les bandages, parce qu'il est probable qu'ils

ne seront jamais d'un usage général : il est d'ailleurs superflu de m'en occuper ici, parce que ce sujet a déjà été complètement traité par plusieurs auteurs célèbres, sur-tout par M. Louis de Paris, qui a donné dans le quatrième volume des Mémoires de l'académie royale de chirurgie de Paris, un mémoire qui renferme tout ce que l'on peut dire en faveur des bandages pour le traitement du bec-de-lièvre.

Pour faire l'opération, on place le malade, si c'est un adulte, vis-à-vis de la lumière, et l'on fait convenablement soutenir sa tête par un aide placé derrière ; mais si c'est un enfant, on l'assujettit plus sûrement en le plaçant sur une table, et le faisant tenir dans une situation convenable par un aide placé de chaque côté.

Alors l'opérateur examine attentivement les parties qu'il doit emporter, et même celles qui sont contiguës. L'on sépare complètement la lèvre supérieure des gencives qui sont au-dessous, en divisant le frein qui les unit. Cela permet de tendre plus également la lèvre : si l'une des dents de devant se trouve vis-à-vis de la fente, et est un peu saillante, comme il arrive quelquefois, on l'arrache, parce qu'en la laissant elle irriteroit et tirailleroit les parties. Dans quelques cas, sur-tout lorsque la fente s'étend le long des os du palais, il y a une petite portion ou angle d'os qui avance d'un ou de chaque côté. Il faut aussi emporter cette portion d'os, ce qui s'exécute aisément avec des pinces solides et tranchantes, telles que celles qui sont représentées planche LVI, fig. 2.

Ces préparatifs finis, le chirurgien étant placé à côté du malade, saisit un des bords de la

lèvre avec le pouce et l'index de sa main gauche; et recommandant à un aide de faire la même chose du côté opposé et de tendre un peu fortement la lèvre, il fait avec un bistouri ordinaire, une incision depuis le bord inférieur de la lèvre jusqu'à sa partie supérieure; et il doit avoir l'attention de renfermer dans cette incision, non-seulement les parties comprises immédiatement dans la fente, mais même une petite portion de la peau contiguë et des parties saines qui sont au-dessous. Cette incision faite d'un côté, il en pratique du côté opposé une semblable qui doit avoir la même longueur, et se terminer au même point de la partie supérieure de la lèvre. Lorsque l'opération est bien faite, l'on enlève ainsi une portion qui renferme entièrement le bec-de-lièvre, et dont la forme ressemble à la lettre V renversée; et tout le vuide que l'on laisse est dans l'état d'une plaie récente.

Il faut, pour éviter l'inflammation, ne réunir les bords de la plaie qu'après avoir laissé le sang couler librement des artères coupées, surtout si le malade est pléthorique. On facilite beaucoup la réunion en faisant avancer les joues de manière à mettre les bords de la plaie presque en contact; on évitera cependant de les rapprocher au point que l'opérateur ne puisse voir librement la plaie d'un bout à l'autre; on recommandera à l'aide qui doit se trouver derrière de soutenir les parties dans cette situation pendant tout le reste de l'opération.

Le chirurgien examine alors si les deux côtés de l'incision se correspondent exactement; et ensuite il introduit les aiguilles qui doivent les soutenir, comme nous l'avons recommandé en décrivant la suture entortillée, volume I,

chap. I, section V. La première aiguille doit être près du bord inférieur de la lèvre : on la placera entièrement, s'il est possible, dans la partie rouge de la lèvre, et on ne laissera au-dessous de l'aiguille que l'espace nécessaire pour la soutenir. On passe une autre aiguille dans le centre de l'incision, et l'on en met une troisième à très-peu de distance de l'angle supérieur. Quelques chirurgiens recommandent un plus grand nombre d'aiguilles ; mais trois suffisent toujours, même pour les adultes, et communément il n'en faut que deux pour les enfans. On les fera entrer à environ un demi-pouce du bord de la plaie ; et dès qu'elles seront parvenues jusqu'au fond, ce que l'on reconnoîtra en tenant la plaie ouverte comme nous l'avons prescrit, on les fera ressortir extérieurement, dans une direction semblable et à une distance égale du côté opposé du bec-de-lièvre.

L'on recommande alors à l'aide de pousser les joues en avant, pour rapprocher exactement les bords de la plaie ; l'on passe ensuite un fil ciré solide autour des aiguilles, comme nous l'avons indiqué pour la suture entortillée ; ce que l'on concevra peut-être mieux par la fig. 3, planche LVII. Le chirurgien placera d'abord le fil sur l'aiguille la plus basse ; et après avoir fait trois ou quatre tours, de manière à décrire la forme d'un 8, il portera ce fil sur l'aiguille voisine ; il y fera de même plusieurs tours, et terminera alors l'opération en portant le fil sur une autre aiguille ; il aura soin, en l'apliquant autour de chaque aiguille, de le serrer suffisamment pour que les parties restent dans un contact très-exact, sans ce-

pendant les serrer au point de les irriter ou de les enflammer, comme il arrive quelquefois.

Quelques auteurs recommandent de se servir d'un fil particulier pour chaque aiguille, afin, à ce qu'ils disent, que l'on puisse en ôter une sans nuire aux autres. Mais comme cela n'arrive jamais, cette précaution est absolument inutile.

L'on place ensuite sur toute l'étendue de la plaie un plumaceau de charpie couverte d'un mucilage pour l'y retenir, et mettre plus sûrement la plaie à l'abri du contact de l'air; on recouvre de même les extrémités des aiguilles, pour empêcher qu'elles ne s'accrochent aux draps ou à autre chose : ce seul appareil est en général suffisant. Plusieurs chirurgiens veulent, il est vrai, qu'après avoir fixé toutes les aiguilles, l'on applique le bandage unissant pour soutenir les muscles de la joue, de crainte que les aiguilles ne coupent ou n'irritent les parties qu'elles traversent, ce qu'elles produisent jusqu'à un certain point, lorsque le défaut de substance occasionné par la maladie est considérable.

Cette méthode ne m'a cependant jamais paru produire aucun avantage, et elle nuit souvent, en ce qu'il n'est pas possible de serrer suffisamment le bandage pour soutenir les muscles de la joue, sans extrêmement incommoder le malade : ce bandage même nuit en comprimant, comme nous l'avons observé ailleurs, les extrémités des aiguilles sur lesquelles il passe nécessairement; l'on n'éviteroit pas entièrement cet inconvénient, quand même on feroit une échancrure dans la partie du bandage qui correspond à la lèvre, comme quelques-uns le conseillent : d'ailleurs, quand

on serre suffisamment le bandage d'abord, le mouvement des mâchoires le relâche pour l'ordinaire bientôt, et en arrête les effets. Néanmoins lorsque le vuide est très-grand, et qu'il est difficile de rapprocher les bords de la plaie, l'on peut tirer quelque avantage des emplâtres glutinatives. L'on met sur chaque joue une bande de peau enduite de colle ordinaire, ou d'un fort mucilage, tel que celui dont on se sert pour faire le taffetas d'Angleterre; cette peau doit être suffisamment longue, pour s'étendre de l'angle de la joue à environ un pouce de distance des aiguilles de chaque côté; on attache à l'extrémité de chaque bande de peau qui est près des aiguilles, trois fils forts, un à chaque coin, et un autre au milieu; l'on fait soutenir alors les joues par un aide, tandis que l'on lie les fils de manière à retenir les parties dans cette situation; et pourvu que l'on laisse passer ces fils entre les aiguilles, et non par-dessus, il n'en résulte aucun inconvénient. Mais il est rare que l'on soit obligé de recourir à ce moyen, car j'ai remarqué que généralement les aiguilles réussissoient très-bien sans être soutenues.

Il est inutile d'observer que tant que les aiguilles sont à la lèvre, il faut nourrir le malade d'alimens liquides, et lui défendre de rire, de crier, ou d'ouvrir beaucoup la bouche de quelque manière que ce soit.

On retire les aiguilles de la lèvre au bout de cinq ou six jours au plus tard: j'ai remarqué que ce temps suffisoit pour produire la plus parfaite union des parties; quand on les laisse plus long-temps, il en reste des marques qui ne disparoissent pas aussi facilement que quand

on ôte les aiguilles plutôt. Je pense même qu
souvent trois jours pourroient suffire ; ma
comme l'expérience m'a appris qu'il n'y avo
pas d'inconvénient de laisser les aiguilles dan
la plaie cinq ou six jours, je pense qu'il vau
mieux ne pas les ôter avant ce temps.

Telle est la méthode que je recommand
pour le bec-de-lièvre ordinaire ; et pour e
faciliter l'intelligence, l'on a gravé planche LVI
quelques figures qui représentent l'état de l
maladie avant l'opération, — les parties qu
l'on doit emporter, — la manière de placer le
aiguilles, — et le coup-d'œil que doivent offri
les parties lorsque l'opération est finie. Nou
renvoyons, pour les détails de tous ces objets
à l'explication de la planche.

Ce que nous avons dit jusqu'ici convient
quand la maladie se présente sous sa forme l
plus ordinaire ; mais quand elle est double,
est nécessaire de faire deux fois l'opération e
entier ; d'abord sur une fente, et ensuite su
l'autre. Il ne faut jamais songer à faire, comm
quelques chirurgiens le recommandent, les deu
opérations en même temps ; l'on courroit, en s
conduisant ainsi, de grands risques de perdre tou
l'avantage que procurent les parties saines inter
médiaires, comme j'en ai vu un exemple fâ
cheux. La partie saine de la lèvre qui étoit entr
les deux fentes, quoique peu considérable, s
trouvant fort tendue par le grand nombre d'ai
guilles que l'on y avoit passées, l'inflammatio
suivit de près l'opération, et produisit de telle
douleurs, que l'on fut obligé d'ôter toutes le
aiguilles, et le malade ne voulut pas se soumet
tre à un nouvel essai. Il faut donc d'abord gué
rir entièrement une fente, et au bout de quinz
jour

jours ou trois semaines, on pourra entreprendre plus sûrement la curation de l'autre.

Nous avons recommandé, dans les cas même où la fente ne s'étendoit pas sur toute la lèvre, de prolonger l'incision jusqu'à sa partie supérieure, parce que, comme le savent ceux qui ont souvent pratiqué cette opération, les parties s'unissent ainsi beaucoup plus proprement que quand on ne coupe qu'une portion de la lèvre dans sa longueur, et étant rapprochées, elles sont lisses et égales; mais en suivant l'autre méthode, elles sont communément inégales et fort plissées.

Nous avons aussi recommandé d'avoir grand soin de faire les deux côtés de l'incision exactement de la même longueur. Cet objet est de la plus grande importance, et exige plus d'attention qu'on n'y en apporte communément: car il est aisé de voir que si un côté de la plaie se trouve plus long que l'autre, la cicatrice ne peut être aussi lisse ni aussi égale; lorsque l'on passe la première aiguille sur le bord de la lèvre, cette portion se réunit très-proprement, mais le reste produit une difformité très-désagréable. Il faut, pour éviter cet inconvénient, faire des petits points avec de l'encre, pour marquer de chaque côté la longueur de l'incision, et même la direction qu'on doit lui donner: car il n'est pas possible, en usant de cette précaution, d'opérer mal.

Il est fort important de tenir la lèvre également et fortement tendue, pendant qu'on fait l'incision, sans quoi les bords de la plaie seroient ridés et remplis d'inégalités: l'on préviendroit toujours cet inconvénient en y apportant une attention convenable; mais on pourra s'en garantir bien plus sûrement en retenant la lèvre avec les

pinces courbes, gravées planche LV, fig. 1, qui doivent être construites de manière à comprimer la lèvre également. Après avoir appliqué ces pinces dans la direction que l'on se propose de suivre, on fait, en portant le bistouri suivant leur longueur, une incision très-exacte et très-égale. L'on a donné différentes formes à cet instrument; celui que nous avons fait graver est le plus simple, et remplit aussi bien, ou peut-être mieux que tout autre, l'objet que l'on se propose.

Quelques chirurgiens ne veulent pas que l'on emploie aucun instrument semblable, dans la crainte qu'il n'irrite et ne meurtrisse la lèvre. Mais il n'y a que ceux qui n'en ont pas fait usage qui puissent avoir ce soupçon; car quand il est lisse et égal par-tout, il comprime suffisamment la lèvre pour la fixer, sans exciter le moindre mal-aise, comme je puis l'assurer, d'après les preuves réitérées que j'ai de son utilité.

Au lieu de faire l'incision comme je viens de le dire, quelques auteurs recommandent d'adapter sur les gencives qui sont au-dessous, un morceau de carton, de plomb, ou d'étain, sur lequel on appuie la lèvre que l'on coupe, pendant qu'elle est ainsi soutenue avec un bistouri droit: l'on peut très-bien exécuter l'opération de cette manière, mais l'incision se fait plus aisément comme nous l'avons indiqué.

L'on s'étoit communément servi jusqu'ici de ciseaux pour faire l'incision; et quoiqu'ils soient aujourd'hui très-généralement abandonnés, dans l'idée qu'ils meurtrissent la gencive, je les crois très-propres pour cette opération. Je ne conseillerai jamais de s'en servir pour couper une partie fort épaisse; mais il est rare que dans le bec-de-lièvre la grosseur de la lèvre

Planche LV.

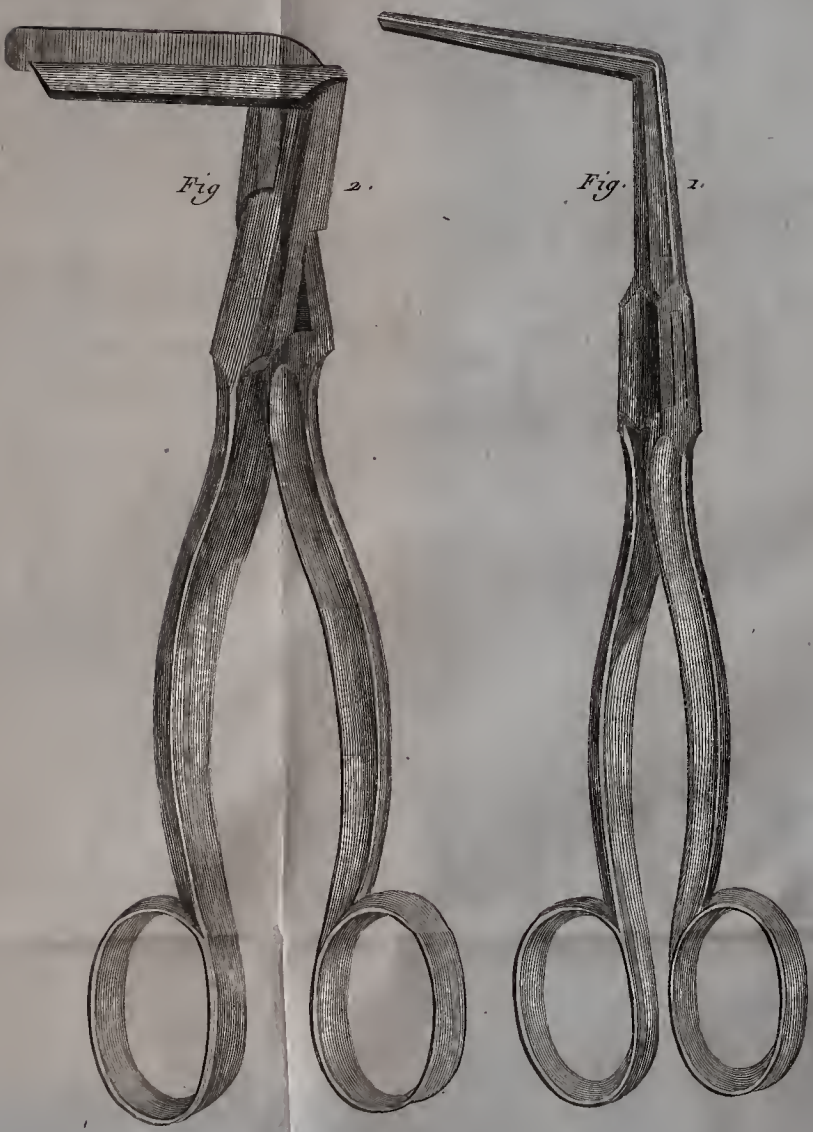


Fig. 2.

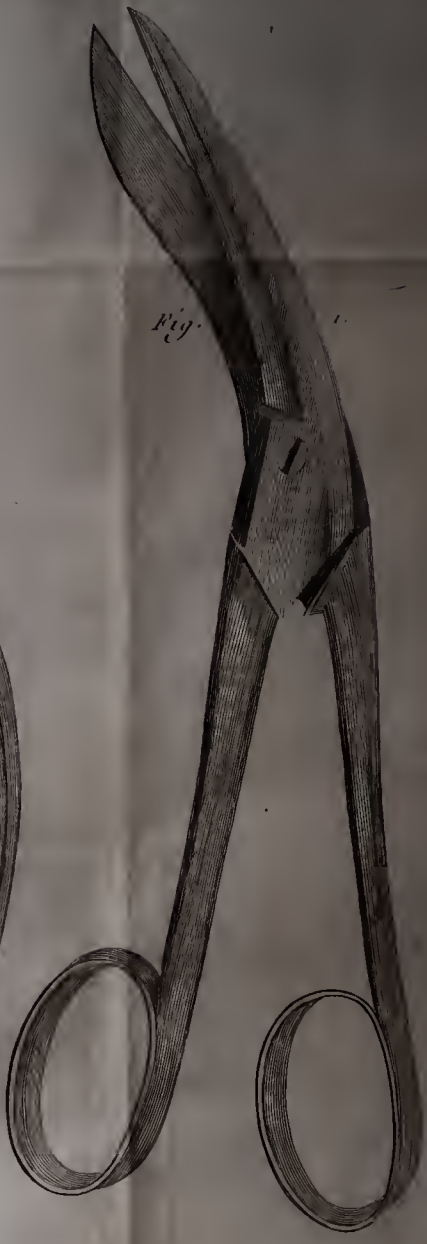
Fig. 1.

Juillet Sculp.

Planche LVI.

Fig. 2.

Fig. 1.



rende l'usage des ciseaux peu convenable. Différens chirurgiens les ont employés ici depuis peu ; et comme cet objet ne peut être décidé que par l'expérience, j'ai suivi leur exemple. Pour m'assurer qu'elle étoit entre ces deux manières d'opérer celle qui méritoit la préférence, j'ai dans un cas fait d'un côté l'incision avec le bistouri droit, et de l'autre avec les ciseaux ; le malade assura que les ciseaux avoient produit moins de douleur, probablement parce qu'ils font l'incision en un peu moins de temps que le bistouri ; et le côté de la lèvre qui avoit été coupé avec les ciseaux, ne se gonfla et ne s'enflamma pas plus que l'autre pendant le traitement. Je ne prétends pas néanmoins, d'après cette observation, que les ciseaux soient préférables au bistouri ; je la cite uniquement, pour prouver que l'idée que l'on se forme communément des ciseaux est mal fondée, et que l'on peut également bien faire l'opération avec les deux instrumens. Il faut, pour cet effet, se servir de ciseaux très-forts, sur-tout très-solides à leur jointure, et extrêmement bien polis. On en a fréquemment employé avec succès, qui avoient le volume et la forme de ceux de la planche LVI, fig. 1.

En décrivant la suture entortillée dans le volume I, j'ai donné la préférence aux aiguilles d'or ; et je pense encore de même. Lorsqu'elles sont d'une forme convenable, telles que celles de la planche II, fig. 2, 3 et 4, elles percent la lèvre avec beaucoup de facilité, sans avoir besoin du porte-aiguille : ceux qui pensent qu'elles valent mieux quand elles ont des pointes plus tranchantes et plus solides que celles que l'on peut donner à l'or, peuvent y faire ajouter

des pointes d'acier, comme on le voit planche LVII; ces pointes d'acier étant mobiles, s'ôtent dès que l'on a passé les aiguilles, et on évite ainsi sûrement qu'elles ne blessent les parties voisines. Quelques chirurgiens se servent pour cette opération d'aiguilles flexibles; l'expérience a néanmoins prouvé qu'elles ne réussissoient pas aussi-bien que celles qui, étant solides, opposent une résistance suffisante aux fils que l'on passe autour.

J'ai dit qu'il falloit, en passant les aiguilles, les faire pénétrer presque à travers le côté opposé de la lèvre. Cette circonstance mérite une attention particulière, autrement il resteroit dans la partie interne de la lèvre, une fente qui deviendroit incommode par la suite, parce que les alimens s'y arrêteroient. D'ailleurs l'écoulement de sang qui suit cette opération cesse toujours dès que les parties sont rapprochées par les sutures, pourvu que l'on ait convenablement introduit les aiguilles; mais quand elles ne sont pas assez enfoncées, le sang continue à sortir par-derrière, et peut causer par la suite beaucoup d'embarras. J'ai vu un exemple de ce genre où il est resté un suintement de sang très-incommode plusieurs jours après l'opération, et l'on rapporte même un cas où la mort s'en est suivie. On a coutume, dans la crainte que la lèvre ne soit tiraillée lorsque le malade crache, de lui recommander d'avaler sa salive avec le sang qui sort de la plaie. Celui dont il s'agit suivit aveuglément l'ordre qu'on lui avoit donné, et mourut par la cause que je viens de dire; c'est-à-dire, par la grande quantité de sang qu'il perdit. L'on trouva l'estomac et les in-

Planche LVII.

Fig. 2.

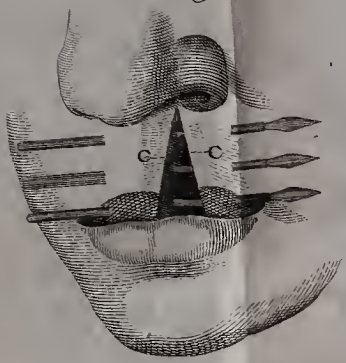


Fig. 1.

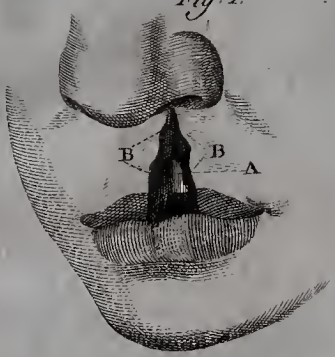


Fig. 4.

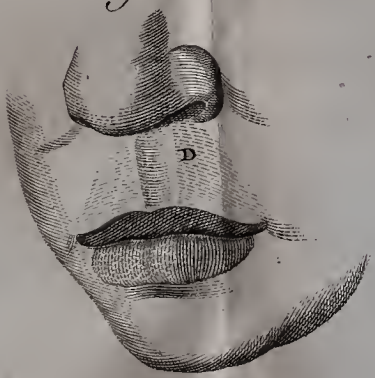


Fig. 3.

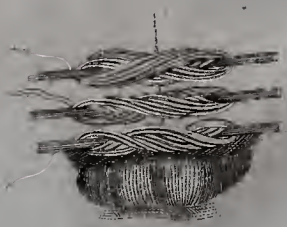


Fig. 5.

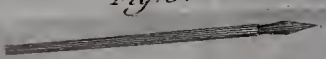


Fig. 6.

Fig. 7.

Saillet Sculp.

testins remplis du sang qu'il avoit avalé (1).

Le moindre soupçon d'un accident pareil suffit pour recommander au malade de ne pas avaler, après cette opération, sa salive tant qu'elle est mêlée de sang; d'ailleurs la plus petite quantité de ce fluide qui passe dans l'estomac excite quelquefois des nausées et le vomissement, ce qui tiraille beaucoup plus la lèvre qu'elle ne le seroit si le malade crachoit tout le sang qui sort de la plaie.

Les différens procédés que je viens de décrire pour l'opération du bec-de-lièvre, sont applicables dans tous les cas où les lèvres sont fendues par une cause quelconque, excepté quand l'incision est récente; car les bords de la plaie étant alors au vif, il suffit d'introduire sur le champ les aiguilles et d'appliquer les fils. Lorsqu'une plaie a commencé à suppurer, les bords en sont communément un peu enflammés : il faut se garder de les rapprocher par les sutures tant que cette inflammation subsiste, mais dès qu'elle est dissipée, il est très-convenable d'introduire les aiguilles et de finir l'opération comme nous l'avons indiqué. L'on a prétendu, il est vrai, que cette pratique ne réussissoit que dans les plaies récentes, et qu'on ne devoit jamais la recommander quand le pus étoit déjà formé : je me suis néanmoins conduit souvent différemment, et j'ai toujours remarqué que quand les bords de la plaie n'étoient pas calleux, ils se réunissoient aussi facilement, quoique couverts de pus, que lorsque la plaie étoit très-récente et encore sanglante.

Dans les cas de bec-de-lièvre avec fente des

(1) *Voyez* Mémoires de l'Académie Royale de Chirurgie, tome IV. p. 427.

os du palais, l'on peut, après avoir réuni les parties molles comme nous l'avons dit, introduire avec avantage dans la fente une plaque mince d'or ou d'argent exactement adaptée à la voûte du palais, où on la fixe au moyen d'un morceau d'éponge attaché au côté convexe de la plaque. Quand l'éponge est sèche lorsqu'on l'introduit dans la fente et qu'on l'y adapte bien, l'humidité qu'elle reçoit des parties voisines la retient souvent assez fortement, pour rendre la parole et la déglutition plus aisée. Quelquefois cependant la forme de la fente ne permet pas que l'éponge puisse être d'aucun secours, et cela arrive toujours lorsque l'ouverture est plus large à l'extérieur qu'à l'intérieur. L'on a proposé d'autres moyens pour les cas de ce genre, sur-tout des plaques minces avec des ressorts d'or, construites de manière à fixer la plaque sur les parties contiguës; mais aucune invention de ce genre n'a encore réussi.

SECTION II.

De l'extirpation des Lèvres cancéreuses.

La lèvre inférieure est plus sujette au cancer que toute autre partie du corps, et faute de connoître aucun remède interne capable de guérir la maladie, on est réduit à emporter la partie affectée. Car on ne peut compter, comme nous avons tâché de le prouver dans un autre ouvrage, sur l'application de l'arsenic (1), ni de tous les caustiques les plus recommandés dans ce cas; le bistouri seul peut procurer la guérison.

---

(1) *Voyez* le Traité des Ulcères.

Lorsque le cancer occupe une grande partie de la lèvre, et sur-tout que toute la substance de cette dernière est attaquée, on ne peut qu'enlever les parties malades; faire, si le cas l'exige, la ligature des artères que l'on a coupées, et panser la plaie de même que les autres plaies récentes. L'on enlève ainsi sûrement le cancer; mais il en résulte toujours une très-grande difformité lorsqu'on est obligé d'emporter toute la lèvre, en ce qu'il n'est jamais possible de rapprocher les parties divisées; les dents et les gencives qui sont au-dessous restent entièrement découvertes; le malade ne peut plus retenir sa salive ni avaler les liquides, qu'avec beaucoup de difficulté.

On est néanmoins toujours maître, lorsqu'il n'y a qu'une petite portion de la lèvre affectée, de rapprocher les bords de la plaie après l'opération, et de les réunir par le moyen de la suture entortillée. L'on évite ainsi une grande difformité; le malade avale en outre les liquides et retient sa salive aussi-bien qu'avant. Cette méthode en laissant, comme nous l'avons déjà remarqué, une cicatrice très-peu étendue, paroît aussi contribuer à empêcher le retour de la maladie; au moins c'est ce qui est arrivé dans les cas dont j'ai été témoin. Lorsque l'on a fait l'opération suivant la manière ordinaire, sans rapprocher les parties divisées ni les unir par des points de suture, la maladie est sujette à revenir : mais cela n'a lieu, lorsque l'on suit le même traitement que pour le bec-de-lièvre, que dans un très-petit nombre de cas peu favorables à l'opération. Bien plus, cette dernière méthode réussit quelquefois lorsque l'autre a manqué. Un homme vint dans notre

hôpital avec un cancer à la lèvre inférieure, que l'on avoit extirpé deux fois par la méthode ordinaire; la maladie avoit reparu à chaque fois dès que la plaie s'étoit cicatrisée. L'on n'avoit pas emporté une assez grande portion de la lèvre pour qu'on ne pût pas traiter la plaie par la méthode que nous avons indiquée, j'y eus en conséquence recours, après avoir enlevé toutes les parties affectées. J'obtins une guérison complète; et huit ans après l'opération je revis le malade qui jouissoit d'une bonne santé, sans avoir eu aucune rechûte. Cette méthode est même praticable lorsque la maladie est étendue, pourvu que l'on puisse rapprocher les parties divisées et les retenir par la suture entortillée: et j'observerai que cela est possible dans tous les cas où l'on n'est pas obligé d'enlever presque toute la lèvre. Ces parties prêtent tellement, qu'il suffit qu'il en reste un tiers pour que cette méthode soit admissible. Je renvoie à la dernière section pour la manière de l'exécuter. J'ajouterai seulement à ce que j'en ai dit, qu'il faut d'abord enlever toutes les parties cancéreuses avec la précaution de faire l'incision, de façon que l'on puisse rapprocher facilement et proprement les bords de la plaie. Lorsque la maladie est bornée à la lèvre, les parties offrent à-peu-près le même aspect après l'opération qu'après celle du bec-de-lièvre. Mais dans le cas où le cancer s'étend sur la joue, comme il arrive quelquefois, il ne suffit pas de diviser longitudinalement la lèvre, il faut faire de plus une incision transversale dans la joue; puis réunir les deux plaies avec des aiguilles et des fils, comme je l'ai pratiqué plusieurs fois avec le plus grand succès.

CHAPITRE XXXI.

Des maladies de la Bouche.

SECTION PREMIÈRE.

Remarques anatomiques.

Avant de m'occuper des maladies qui sont l'objet de ce chapitre, je crois devoir donner une courte description anatomique des dents, des gencives et des joues, qui sont le siège principal de ces maladies.

En examinant une dent, on la trouve divisée en trois parties; — celle qui est au-dessus des gencives qui se nomme le Corps ou la Couronne de la dent; — la racine, qui dans l'état de santé, est entiérement recouverte par les gencives; — et on voit une espèce d'enfoncement entre la couronne et les racines, précisément dans l'endroit où se terminent communément les gencives: on nomme cet enfoncement le collet de la dent.

La racine, ainsi que la partie interne de la couronne, sont composées d'une espèce de matière osseuse, qui paroît néanmoins différer de l'os en ce que l'on ne peut pas y faire pénétrer d'injections: au moins les meilleurs anatomistes n'ont pu y réussir (1), et il y a ap-

(1) *Voyez* The natural History of the Human Teeth, by John Hunter, deuxième édition, p. 56, &c.

parence que ceux qui ont avancé le contraire se sont trompés.

Cette partie osseuse des dents est d'un tissu mol qui auroit été promptement endommagé et détruit par la mastication, si la nature n'y avoit amplement pourvu en mettant sûrement à l'abri des injures ordinaires toute la partie des dents qui surmonte les gencives, au moyen d'une substance extrêmement ferme et dure, que l'on nomme émail: outre qu'elle est beaucoup plus dure que l'os, elle en diffère en ce que les injections les plus fines peuvent y pénétrer, et qu'on ne peut la colorer, de même que tous les autres os, en nourrissant un animal de garance ou de toute autre substance colorante. L'émail est plus épais sur la surface supérieure de la dent, particuliérement sur les molaires, où il est le plus nécessaire, et il s'amincit peu à peu à mesure qu'il approche du collet où il se termine: c'est dans cet endroit que commence le périoste qui recouvre toute la racine des dents, avec laquelle il est intimement uni ainsi qu'à l'alvéole qui l'environne.

Il y a dans la partie interne de chaque dent, une cavité proportionnée au volume et à la forme de la dent. Cette cavité commence par un très-petit trou qui est à l'extrémité de la racine, par où entrent les vaisseaux sanguins et les nerfs de la dent; ce trou s'élargit en avançant, et se termine dans le corps de la dent, par une cavité remplie d'une espèce de substance pulpeuse, formée probablement par l'expansion des vaisseaux sanguins et des nerfs qui s'y rendent. Ce trou est communément unique dans les dents qui n'ont qu'une racine; mais dans celles qui ont plusieurs racines,

chaque racine a une ouverture par où passent des vaisseaux sanguins particuliers, et, suivant toute apparence, des rameaux de nerfs séparés qu'on n'a pas encore pu appercevoir distinctement.

Les dents sont fixées dans ce que l'on appelle l'Arcade Alvéolaire de chaque mâchoire. Cette arcade est formée par un bord large, épais, particulier à chaque mâchoire, et divisé en cellules ou ouvertures séparées pour recevoir les racines des dents; comme les racines des dents postérieures sont plus grosses et plus longues que les autres, cette portion de la mâchoire qui les reçoit est plus épaisse et plus large que la partie antérieure. Cette différence d'épaisseur est augmentée dans la mâchoire supérieure par l'Antre d'Highmore; l'on nomme ainsi un large sinus ou cavité, propre à chaque os maxillaire, situé immédiatement au-dessus des grosses molaires de chaque côté. Ce sinus ne communique pas avec la bouche, mais s'ouvre dans la narine entre les deux coquilles inférieures du nez, par un canal qui est assez grand dans le squélette pour recevoir une plume ordinaire. L'arcade alvéolaire de la mâchoire supérieure est séparée de cette cavité par une plaque mince, osseuse, dans laquelle se terminent communément les racines des dents molaires postérieures; mais quelquefois elles traversent cette plaque et pénètrent dans l'antre même.

La mâchoire inférieure est, dans l'enfance, composée de deux os, qui se réunissent au menton par ce que l'on appelle la Symphyse de la Mâchoire; mais bientôt ces os se joignent si fortement, qu'ils ne paroissent plus former

qu'une seule pièce continue. Outre l'arcade alvéolaire, il y a de chaque côté de la mâchoire inférieure, deux apophyses qu'il est nécessaire que les praticiens connoissent. L'antérieure qui semble servir particulièrement à l'insertion du muscle temporal, s'appelle Apophyse Coronoïde. Elle s'élève comme un pont de la partie externe de la mâchoire, vis-à-vis les deux molaires postérieures; elle s'avance postérieurement et supérieurement, puis se termine par une pointe mince et aiguë. L'apophyse postérieure ou condyloïde, qui est plus courte, plus épaisse et plus forte que l'autre, se termine par une tête oblongue ou condyle, qui forme l'articulation de cet os avec la tête.

L'apophyse coronoïde donne à la plaque externe de l'apophyse alvéolaire, dans cette partie de la mâchoire, une force et une épaisseur qu'on ne rencontre pas dans le reste de cet os: c'est pourquoi on feroit très-mal de tourner en dehors les deux dernières molaires pour les arracher: il faut toujours les repousser vers l'intérieur de la bouche. La partie externe des alvéoles est, dans tout le reste de la mâchoire, un peu plus foible que l'interne: mais elles sont des deux côtés plus foibles à la mâchoire supérieure qu'à l'inférieure.

Le nombre des dents, quand il est complet, est de trente-deux dans l'adulte; leurs formes et leurs usages varient, ce qui les a fait distinguer par différens noms. Les quatre dents antérieures de chaque mâchoire se nomment les Incisives; celles qui les suivent, sont les Canines, une de chaque côté; les cinq postérieures, de chaque côté, sont connues sous le nom de Molaires; les deux premières sont les

petites molaires, et les trois autres les grosses molaires.

Dans l'enfance, il n'y a que vingt ou vingt-quatre dents, qui subsistent jusqu'à l'âge de six ou sept ans; elles commencent alors à tomber, et sont remplacées par les dents Permanentes. Les premières, que l'on appelle communément Dents de Lait, sont formées, ainsi que quelques-unes des autres, dans la mâchoire, avant la naissance; elles ne sortent cependant pour l'ordinaire des gencives, que quand l'enfant a plusieurs mois. Les deux incisives de la mâchoire inférieure, paroissent quelquefois vers le quatrième ou cinquième mois, mais le plus souvent vers le huitième ou le neuvième. Elles sont communément suivies des deux incisives de la mâchoire supérieure, les quatre autres dents antérieures paroissent ensuite à des périodes incertains, entre ce temps et le dixième ou le douzième mois. Vers le seizième ou le dix-septième mois, on apperçoit quatre des grosses molaires; car les petites molaires manquent dans l'enfance: il en pousse une de chaque côté, qui laissent un espace entre elles et les incisives pour les dents canines, qui étant plus enfoncées dans la mâchoire, sortent rarement avant le vingtième mois: mais ces dents, ainsi que les quatre autres molaires, percent pour l'ordinaire vers ce temps, ou entre ce temps et la fin de la seconde année.

Ces périodes dans lesquels les dents de lait ont coutume de percer, varient beaucoup; j'ai vu les canines précéder les molaires, et même une fois deux des incisives. L'on a quelquefois observé les incisives le second et le troisième mois; il y a eu des enfans qui sont nés avec

ces dents, et d'autres fois le quatorzième ou le quinzième mois se sont écoulés avant qu'elles parussent.

Ces dents restent fixées dans l'alvéole jusqu'à l'âge de cinq ou six ans. Vers ce temps elles commencent à s'ébranler ; communément même elles tombent toutes, et sont remplacées par d'autres entre sept et douze ans. Pendant cette période, les mâchoires s'alongent aussi un peu pour recevoir les quatre autres molaires. Entre la douzième et la seizième année il en paroît quatre autres ; et les quatre dernières molaires, vulgairement appellées Dents de Sagesse, poussent en général vers la vingtième année.

Les deux espèces de dents que je viens de décrire, c'est-à-dire, les dents de lait et celles des adultes, diffèrent beaucoup entre elles, et peuvent d'ordinaire se distinguer au coup-d'œil, ce qu'il est souvent important de savoir pour le traitement des maladies qui surviennent vers le temps de la chûte des dents de lait : car on ne doit pas hésiter à arracher une dent quand l'on est certain qu'elle appartient à la première classe, et éviter au contraire de le faire, lorsqu'elle paroît du nombre de celles qui doivent subsister le reste de la vie. L'on en a vu, il est vrai, repousser pour la troisième fois ; mais cela est un de ces jeux très-extraordinaires de la nature, sur lesquels on ne doit jamais compter.

Les alvéoles, et une petite portion des dents même, sont recouvertes d'une substance rouge, ferme et charnue, que l'on nomme les Gencives. Cette substance paroît être presque totalement vasculaire, car on ne peut y faire la plus légère plaie ou écorchure, sans que le sang en sorte. Elle recouvre entièrement l'arcade alvéolaire de

chaque mâchoire, et l'on trouve même une petite portion des gencives entre chaque dent. Dans quelques maladies, sur-tout dans le scorbut, les gencives sont souvent détachées en partie des dents; mais dans l'état de santé elles adhèrent si fortement au collet des dents, qu'elles contribuent à les fixer dans leurs alvéoles.

Nous allons nous occuper présentement des maladies de ces parties et des opérations que l'on y pratique.

SECTION II.

De la Dentition.

Lorsque les premières, et quelquefois même les secondes dents veulent percer, elles irritent souvent les gencives, et excitent de vives douleurs. Je crois en conséquence convenable de donner quelques observations générales sur la dentition, avant de m'occuper des maladies de la bouche.

La partie des gencives d'où les dents doivent sortir, s'enflamme et se gonfle dans le temps de la dentition. L'enfant se frotte continuellement les gencives avec les doigts. La quantité de salive augmente en général; il est même rare d'observer le contraire, et de voir la bouche parfaitement sèche. L'état des intestins varie communément beaucoup; tantôt le malade est extrêmement constipé, et d'autres fois il est tourmenté par la diarrhée. La chaleur du corps augmente, il y a de la vîtesse dans le pouls et d'autres symptomes de fièvre. Tels sont les accidens les plus fréquens de la

dentition ; mais souvent ils sont encore accom-
pagnés de soubresauts des tendons et même
de convulsions.

Il faut, pour dissiper ces symptomes, recourir
aux moyens les plus propres à détruire l'irri-
tation dont ils sont l'effet. L'on retire en con-
séquence de grands avantages des narcotiques,
des vésicatoires, et sur-tout du bain chaud.
Lorsque ces moyens ne réussissent pas, comme
il arrive souvent, il suffit dans bien des cas
pour calmer tous les accidens, de faire une
incision sur les dents même qui sont sur le
point de sortir : cette opération s'appelle Scari-
fication des gencives.

L'on a rejetté cette opération par le préjugé
généralement reçu qu'elle peut nuire, en lais-
sant une cicatrice sur les gencives, ce qui ar-
rive quelquefois quand la dent n'est pas encore
au moment de percer : comme l'on croit que
cette cicatrice offre ensuite plus de résistance
que si l'on n'avoit pas touché à la gencive, l'on
ne fait guère cette opération, que quand on
apperçoit que la gencive est fort soulevée par
la dent. On a tort de se conduire ainsi ; car
en retardant aussi long-temps, on perd pres-
que tout l'avantage que l'on pourroit retirer
de l'opération. J'ai communément observé que
les symptomes les plus fâcheux de la dentition
survenoient avant que les dents eussent acquis
cette longueur ; et qu'ils avoient coutume de
se modérer lorsque les dents approchoient de
la surface des gencives, ce qui est probable-
ment dû à ce que ces dernières deviennent
moins sensibles lorsqu'elles ont été long-temps
comprimées par la dent qui est au-dessous.

Toutes les fois donc que l'on a lieu de soup-
çonner

çonner par la nature des symptomes qu'ils sont dus à cette cause, il ne faut pas hésiter à faire une large incision dans la partie de la gencive où il est le plus probable que doit se trouver la dent. Quand il arrive que l'incision guérit, et que les mêmes symptomes se renouvellent, on ne risque rien de réitérer l'opération; je l'ai souvent faite deux ou trois fois sur la même dent. Pour éviter néanmoins d'être obligé d'y revenir, j'ai coutume de faire une incision cruciale jusqu'à la dent, et je n'en ai jamais vu résulter aucun inconvénient. L'on n'a point à craindre d'hémorrhagie; l'incision ne donne guère que quelques gouttes de sang, et communément elle se guérit avec facilité.

L'opération ne peut jamais s'exécuter proprement avec la lancette, le bistouri ou le scalpel, qui sont les instrumens dont on se sert communément. D'ailleurs l'on risque avec la lancette ou le scalpel, de blesser les parties contiguës. L'instrument représenté planche XLIX, fig. 4, n'est sujet à aucun de ces inconvéniens; et sa petitesse permet de le cacher entièrement dans la paume de la main. Le chirurgien ouvre avec les doigts d'une main la bouche de l'enfant, que l'on fait tenir par la nourrice; il dirige le tranchant de l'instrument avec l'index de l'autre main, et il fait avant de le retirer, une incision cruciale sur chaque dent qui paroît sur le point de sortir. Il faut, comme nous l'avons prescrit, que les incisions pénètrent toujours jusqu'à la dent, et la mettre entièrement à découvert; ce n'est qu'en se conduisant ainsi, qu'il en résulte souvent des effets étonnans. J'ai vu des enfans qui paroissoient dans le plus grand dan-

ger, être soulagés sur le champ par cette opération.

Il survient aussi quelquefois, comme nous l'avons déjà observé, des symptomes fâcheux à la seconde dentition. J'ai vu des cas où une seule dent ne pouvant sortir librement, la douleur s'est étendue sur toute la mâchoire avec gonflement et inflammation des joues. Cet accident, très-ordinaire aux dents de sagesse, est quelquefois l'effet de la cause générale, c'est-à-dire, de l'irritation des gencives, qui sont très-épaisses dans la partie postérieure des mâchoires; et d'autres fois cela arrive parce que la mâchoire n'est pas assez étendue pour contenir ces dents. Dans le premier cas, l'on dissipe tous ces accidens, en faisant hardiment une incision sur la dent même: mais dans le second, cela ne suffit pas toujours, et il faut en général ne pas balancer à arracher la dent, car il est rare que l'on gagne quelque chose à différer; bientôt l'inflammation des gencives se communique à la gorge et aux autres parties voisines, ce qui produit une multitude d'accidens, que l'on auroit pu aisément prévenir. C'est le seul remède qui réussisse, lorsqu'on est certain que la gorge est enflammée et gonflée par cette cause, et l'on est souvent étonné de la promptitude avec laquelle il calme l'inflammation la plus vive. J'ai vu l'extirpation d'une seule dent dissiper sur le champ des maux de gorge très-graves, qui avoient résisté plusieurs semaines à tout autre moyen.

SECTION III.

Du dérangement des Dents.

La seconde dentition se fait fréquemment d'une manière très-irrégulière. Il y a des dents très-bien placées, mais d'autres avancent extraordinairement, ou sont trop en arrière. Quand le dérangement n'est pas fort apparent, il est rare qu'on y fasse beaucoup d'attention; cependant dans quelques cas, l'excès de la difformité qui en résulte, oblige de recourir à l'art. Cela arrive le plus fréquemment aux incisives et aux canines, rarement ou jamais aux molaires.

Le dérangement des dents est dû à différentes causes: — au défaut d'étendue de la mâchoire, qui ne leur permet pas de tenir toutes sur un même rang; — à une mauvaise conformation naturelle; — ou à ce que quelques-unes des dents de lait restent fixées dans la mâchoire après que les secondes sont poussées.

Des dents qui étoient hors de rang y rentrent quelquefois, sans être obligé d'exercer sur elles aucune force, en leur faisant de la place par l'extraction d'une ou deux de celles qui se trouvent dans le rang. En conséquence, lorsque le dérangement est dû à ce que quelques-unes des premières dents ne sont pas tombées, il faut les arracher sur le champ; car plus on retarde, moins il y a d'espoir que les dents mal placées prennent la place qui leur convient: si cela est dû au contraire à ce que les secondes dents sont trop grosses pour l'espace qu'elles doivent occuper, on ne doit pas hésiter à en ôter, car aucun autre moyen ne réussira.

Lorsque les dents qui occupent le cercle naturel des mâchoires sont régulières et belles, on ne doit enlever que celles qui sont hors du cercle; mais si quelques-unes des dents contiguës ne remplissent pas la place aussi-bien qu'elles le devroient; si même elles sont raboteuses, ou si elles ont quelque autre difformité, il est quelquefois à propos d'arracher l'une de celles qui sont dans le cercle, et de tenter de faire rentrer les autres dans le rang qu'elles doivent occuper. Lorsque cela se fait avant que les dents aient été fixées depuis long-temps, et tant qu'elles ne sont pas fort éloignées, elles remplissent quelquefois peu à peu le vuide, comme nous l'avons dit, sans aucun secours : quand néanmoins les efforts seuls de la nature sont trop lents, on est souvent obligé de l'aider. Il ne faut cependant faire aucune tentative de ce genre, que quand le corps de la dent dérangée est entièrement sorti des gencives, car il ne seroit pas aisé de la saisir avant ce temps.

L'on a coutume de passer un fil autour des dents qui sont hors de rang pour les y ramener; on attache fortement chaque bout de ce fil aux dents voisines, et on le resserre de temps en temps : ou l'on adapte aux dents contiguës une plaque d'or ou d'argent que l'on fait passer autour des dents dérangées, de manière que lorsqu'elle est fortement pressée par la mâchoire opposée, elle agisse avec beaucoup de force pour rapprocher les dents. Cette dernière méthode est fort gênante pour le malade; et la première, en contribuant un peu à ramener dans le cercle les dents qui en sont dehors, dérange à-peu-près dans la même proportion les autres. Il y a une autre manière très-sûre d'appliquer un

fil pour cet effet, laquelle est fort préférable à toutes celles que je connois pour déplacer les dents qui sont hors de rang. On prend une plaque mince d'or, d'une suffisante longueur, pour qu'elle puisse passer sur les quatre dents voisines; on l'adapte exactement sur le côté des dents opposées à celles que l'on veut déplacer. Cette plaque qui doit être percée de plusieurs petits trous, étant appliquée sur les dents, et liée avec un bout de fil ciré, il faut passer un fil de métal flexible à travers deux des trous; porter l'anse du fil sur la dent que l'on veut déranger, en tirer ensuite fortement les deux bouts à travers les trous, et l'y attacher avec de petites pinces. On resserre un peu la ligature tous les trois ou quatre jours; et en continuant quelque temps cette méthode, on parvient enfin à faire rentrer dans le cercle presque toutes les dents ainsi déplacées.

Lorsqu'une ou plusieurs dents sont tombées par accident ou manquent naturellement, il reste quelquefois sur la partie antérieure de la mâchoire un vuide très-difforme. On doit alors, quand on est appellé sur le champ, tenter tous les moyens de replacer la dent tombée; ou bien, si elle est brisée ou fort affectée d'une manière quelconque, on proposera au malade d'y substituer une dent saine d'une autre personne; mais si, comme c'est l'ordinaire, on est appellé trop tard pour employer ce moyen, parce que les parties sont enflammées et tuméfiées, on attendra que la douleur et le gonflement soient entièrement dissipés; et s'il manque plus d'une dent, on remplit le vuide avec des dents artificielles que l'on attache à celles qui ne sont pas ébranlées. Il est néanmoins souvent possible,

quand il ne manque qu'une dent, chez les jeunes gens, de remédier à la difformité en passant un fil autour des deux dents voisines, et de les rapprocher ainsi peu à peu. La nature produit quelquefois jusqu'à un certain point le même effet; mais communément son action est lente, et il est rare que le rapprochement soit aussi complet que quand on fait usage de la ligature. Cette dernière rapproche également le corps de chaque dent; et quand on la néglige, les dents, faute de soutien, parviennent presque à se toucher par leurs parties supérieures, mais le vuide reste à-peu-près le même vers leurs racines.

SECTION IV.

De l'abcès des Gencives.

Les gencives sont, de même que toutes les parties molles, sujettes à des abcès, et le pus s'y amasse plus fréquemment qu'ailleurs, parce qu'elles sont plus exposées aux causes capables de le produire. Le froid, les violences externes, et toutes les autres causes d'inflammation déterminent ces abcès; néanmoins ils sont le plus souvent la suite des maux de dents, de la carie et même de l'inflammation des racines des dents, quoique le reste de la dent paroisse d'ailleurs absolument sain.

L'abcès des gencives succède communément à un mal de dents un peu ancien; il commence par une douleur légère, accompagnée d'une petite tumeur de la partie affectée. La joue se gonfle peu à peu; ce gonflement s'étend souvent sur toute la figure et produit une grande difformité. Lorsque la suppuration survient, la

petite tumeur qui est communément située sur la partie externe des gencives absolument opposée à la dent malade, s'élève en pointe, et si l'on ne l'ouvre pas, elle crève en général, et forme une ouverture sur le côté de la gencive, ou entre la gencive et la dent. Il en sort alors une quantité de pus qui soulage communément beaucoup : mais comme la cause subsiste toujours, l'écoulement continue également ; car la maladie étant pour l'ordinaire l'effet de quelque vice d'une dent, ou de la carie d'une portion de la mâchoire, il y reste un suintement jusqu'à ce que l'on enlève la dent malade, ou que la partie cariée de la mâchoire se soit exfoliée : ou si l'ouverture se ferme, la maladie se renouvelle bientôt, la tumeur reparoît et parcoure de nouveau tous les degrés d'inflammation et de suppuration, comme nous l'avons décrit. Quand la maladie n'est que l'effet de l'inflammation de la racine d'une dent, et que cette racine n'est pas dépouillée de son périoste, la matière de l'abcès étant évacuée, ses bords peuvent, il est vrai, s'affaisser, contracter une adhérence, et le malade guérir : mais quand le mal est produit par une dent ou une portion de la mâchoire cariées, ou même par l'inflammation seule, et que la racine est découverte par la matière, on ne peut guérir radicalement sans enlever la dent ou la partie cariée de la mâchoire, sans quoi ils continueront à irriter les parties voisines, de même que tout autre corps étranger. Quand la dent est déchaussée, on l'enlève sur le champ ; s'il n'y a cependant d'autre cause de la maladie que l'inflammation de la racine de la dent, on tentera, avant de l'arracher, tout autre moyen plus simple ; et

l'on se conduira de même que pour les abcès des autres parties. Lorsque l'abcès crève de lui-même et qu'il s'est formé une ouverture suffisamment grande, on peut quelquefois arrêter l'écoulement en injectant de temps en temps un peu d'eau de chaux, — des esprits ardens, — la teinture de myrrhe — ou de quinquina convenablement affoiblis. Ces tentatives conviennent pour les malades timides, qui ne veulent pas se soumettre à d'autres moyens, mais on ne peut guère compter sur leurs effets : le moyen le plus sûr est d'ouvrir l'abcès en y faisant une incision d'un bout à l'autre, et de tâcher de procurer la guérison du fond en introduisant des petits bourdonnets de charpie entre les lèvres de la plaie, pour la tenir ouverte jusqu'à ce que la partie inférieure soit presque remplie de points grenus de bonne nature. Il n'y a pas de méthode plus sûre de faire disparoître le creux formé par l'abcès; et, si une portion de l'alvéole est cariée, elle s'exfolie plus facilement que quand elle est recouverte par la gencive.

Nous avons jusqu'ici supposé l'abcès situé dans les gencives, ou entre les gencives et les dents, ou même autour de l'alvéole; mais il y en a fréquemment de plus profonds, qui non-seulement causent tant qu'ils existent plus de douleur et d'embarras, mais entraînent ensuite plus de danger; la matière de l'abcès peut se trouver en contact avec les parties les plus solides de la mâchoire, la carier, rendre souvent la guérison extrêmement longue, et produire en outre à l'extérieur des difformités désagréables. Pour prévenir ces accidens embarrassans, il faut bien se garder d'appliquer à l'extérieur, suivant

l'usage, des cataplasmes chauds pour exciter la suppuration; mais tenir plutôt dans la bouche des fomentations chaudes, et appliquer des substances stimulantes, échauffantes, telles que l'oignon grillé, sur la partie de la gencive qui paroît la plus affectée, pour tâcher de déterminer la suppuration dans la bouche; et dès que l'on a lieu de croire que le pus est formé, ouvrir l'abcès sans attendre une suppuration complète.

Le traitement de l'abcès doit se borner ensuite à entretenir dans la partie la plus basse un écoulement libre pour le pus; c'est le moyen d'empêcher le mal d'augmenter, et le seul sur lequel on puisse raisonnablement compter pour obtenir la guérison; car lors même que la maladie est compliquée avec la carie de la mâchoire, il ne reste peut-être d'autre ressource que de donner un libre écoulement à la matière. En supposant la constitution saine d'ailleurs, on obtiendra enfin de cette manière la guérison, si elle est possible, pourvu que l'on emporte en même temps les dents voisines qui sont déchaussées, ainsi que les parties de la mâchoire qui se trouvent cariées et séparées du reste. Mais lorsqu'il existe un vice particulier, sur-tout écrouelleux, les affections de cette nature produisent toujours beaucoup d'embarras, et ne se guérissent guère que l'on n'ait détruit la maladie générale du système.

SECTION V.

Des abcès de l'antre maxillaire.

Toutes les causes capables d'enflammer la membrane qui tapisse la cavité maxillaire, telles que les coups et autres affections des joues, peuvent y engendrer des abcès purulens. L'inflammation de la membrane du nez, et même celle des yeux, quand elle dure long temps, produisent souvent le même effet lorsqu'elles se propagent jusqu'à la membrane contiguë de cette cavité. L'on a aussi reconnu que le froid, quand on étoit fort exposé à son action, étoit une des causes de ces suppurations; leur source la plus commune est néanmoins la douleur et l'irritation de la mâchoire, que produisent les maux de dents violens et réitérés.

Il est aisé de connoître par cet exposé des causes de la maladie, la nature de ses symptomes. En effet, abstraction faite de la conformation particulière des parties affectées, il est évident que ces accidens ressemblent beaucoup à ceux que produisent l'inflammation et les abcès des autres parties. L'on sent d'abord dans la joue du côté affecté, une douleur médiocre; fréquemment cette douleur existe long-temps avant que l'on apperçoive aucune tumeur à l'exterieur; elle devient plus vive à mesure que la maladie fait des progrès; quelquefois elle sétend sur les parties voisines, occasionne des mal-aises dans l'œil, le nez et l'oreille; il survient enfin sur toute la joue une tumeur dure, étendue, qui forme plus ou moins promptement une petite

saillie dans un endroit particulier, le plus souvent dans le milieu de la joue, un peu au-dessus des racines des molaires postérieures. Quelquefois la matière s'ouvre un passage entre les racines de ces dents et les gencives, ce qui empêche la tumeur externe de la joue de former une saillie; mais cela est rare, et n'arrive, à ce que je crois, que quand les racines des dents pénètrent l'antre en traversant la lame osseuse qui est dans le fond de l'alvéole. Pour l'ordinaire, dès que le pus est complètement formé dans l'antre, il en coule aussi une partie par la narine correspondante, lorsque le malade est couché sur le côté opposé, la tête basse; quand cet écoulement revient fréquemment, il empêche pendant fort long-temps la tumeur externe de former une saillie dans un endroit particulier, et par conséquent de s'ouvrir, comme il arriveroit toujours, si la matière ne s'évacuoit pas de quelqu'autre manière.

Cet écoulement de pus par le conduit qui se porte de l'antre à la narine n'a pas toujours lieu; néanmoins je l'ai plusieurs fois observé, et je ne puis considérer, avec M. Hunter, l'obstruction de ce conduit comme une cause fréquente de ces suppurations (1) : je doute même qu'elle en soit jamais la cause, car on peut en général reconnoître que ces suppurations sont l'effet de l'une des causes que j'ai indiquées, sur-tout du mal de dent ou de l'inflammation produite de quelqu'autre manière. Il est en conséquence probable que les obstructions qui

(1) *Voyez* A Practical Treatise on the diseases of the teeth, &c. By John Hunter, F. R. S., p. 44.

se forment dans ce conduit, doivent être considérées plutôt comme une suite de la maladie; peut-être même sont-elles plus fréquemment l'effet d'une inflammation rebelle que la cause de l'abcès.

L'on reconnoîtra en général que l'écoulement de pus de l'une des narines, qui succède à la douleur et à l'inflammation de la joue, tire son origine d'un abcès formé dans l'antre maxillaire correspondant : il ne faut pas néanmoins oublier que ce pus peut être produit par d'autres causes; particulièrement par l'inflammation de la membrane de Schneider; par un ozène; par les affections des sinus frontaux; et par les abcès du sac lacrymal. On ne portera donc son jugement dans les cas de ce genre, qu'après avoir examiné toutes les circonstances qui peuvent y avoir rapport; autrement on pourra être fort trompé dans son attente, et rencontrer de grandes difficultés en traitant une maladie pour une autre.

On ne peut obtenir la guérison des abcès de l'antre maxillaire qu'en procurant un libre écoulement au pus, car ces suppurations ne diffèrent pas des affections semblables qui surviennent dans toute autre partie du corps. Dès que l'on reconnoît que le pus est formé, il faut l'évacuer aussi promptement que les circonstances le permettent : il n'y a pas même de cas où cela soit plus nécessaire que dans les abcès de l'antre maxillaire; car quand le pus ne trouve pas une issue, il écarte et soulève les os de la joue, et peut enfin les carier.

Pour prévenir un accident aussi désagréable, on fera une ouverture dans l'antre, dès que

l'on reconnoîtra par les symptomes qui se seront manifestés, qu'il y a amas de pus. On peut percer l'antre dans deux endroits : dans la partie qui avance extérieurement sur les deux grosses molaires ; ou bien, l'on arrache l'une de ces dents et l'on fait une ouverture dans l'antre, en perçant directement en haut suivant la direction de l'une des dents. La répugnance qu'opposent la plupart des malades à se laisser arracher une dent, lorsque cela ne leur paroît pas absolument nécessaire, oblige communément de faire l'ouverture dans les cas de ce genre au-dessus des racines des dents. Mais cette complaisance est souvent nuisible, parce qu'il faut alors faire l'ouverture sur le côté de l'antre ; car l'on ne donne point ainsi assez de pente pour l'écoulement de la matière ; et l'on n'est sûr de jouir de cet avantage qu'en faisant une ouverture, comme nous l'avons indiqué, dans la direction de l'une des racines des dents.

Nous avons déjà observé qu'il falloit arracher l'une des deux grosses molaires pour faire cette ouverture. Lorsqu'il y en a une de déchaussée, il faut l'enlever ; car, comme elle est cariée, l'on a lieu de soupçonner qu'elle peut contribuer à la maladie : mais dans le cas contraire, l'on enlève la seconde grosse molaire, ou la dent qui est près de celle de sagesse : quoiqu'il soit un peu plus facile d'atteindre la dent qui est immédiatement avant, ce léger avantage ne doit pas la faire préférer, en ce que la plaque osseuse qui sépare l'antre maxillaire des racines des dents étant plus mince dans la partie postérieure de la mâchoire, il est beaucoup plus aisé d'y faire une ouverture que dans la partie antérieure qui a plus d'épaisseur.

Dès que l'une de ces dents est enlevée, le pus sort quelquefois sur le champ avec abondance de l'antre; soit parce que les racines des dents sont naturellement si longues, qu'elles pénètrent dans cette cavité; ou parce que la matière a corrodé l'os qui les séparoit de l'antre. Alors, si l'ouverture suffit pour évacuer le pus, l'opération est terminée; néanmoins comme il est aisé de l'agrandir, il faut toujours le faire lorsqu'on a quelque sujet de douter que le pus sorte avec assez de liberté: mais s'il ne coule pas lorsque la dent est arrachée, l'on ouvrira l'antre, comme nous l'avons indiqué, en y portant un instrument pointu suivant la direction de l'une des racines de la dent. L'on se sert communément du trois quarts ordinaire, qui est en général assez convenable pour cette opération; l'instrument courbe représenté planche L, fig. 2, vaut cependant mieux. Il faut, lorsque l'on veut opérer, faire asseoir le malade sur le plancher, au grand jour, sa tête renversée sur les genoux de l'opérateur, qui peut rester derrière assis ou debout. On retire l'instrument dès que l'on s'apperçoit qu'il a pénétré dans l'antre, ce qu'il est aisé de reconnoître en ce que la pointe ne trouve plus de résistance: alors la matière sort librement; et quand elle est entièrement évacuée, on introduit dans l'ouverture une petite cheville de bois exactement du volume du trois-quarts, pour empêcher que l'air, et même les alimens ne pénètrent pendant la mastication, dans l'antre. Lorsque la cheville est bien adaptée à l'ouverture, elle y tient suffisamment, et on l'empêche de glisser dans le fond, en y pratiquant un nœud ou une tête un peu plus grosse que le reste.

Planche L.

Fig. 3.

Fig. 2.

Fig. 1.

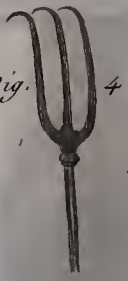


Fig. 4

On ôte cette cheville de temps en temps, deux ou trois fois le jour, ce qui produit une prompte évacuation de la matière ; il suffit en général d'empêcher qu'elle s'amasse pour détruire en peu de temps la disposition qu'elle a à se former, et obtenir ainsi la guérison. Néanmoins il arrive quelquefois, par le trop grand relâchement de la membrane qui tapisse l'antre, ou par quelqu'autre cause semblable, que l'écoulement ne diminue pas, et reste à-peu-près le même, quant à la qualité et à la consistance de la matière, long-temps après l'opération. Dans ce cas l'on accélère souvent la guérison, en injectant de temps en temps dans l'antre des liquides légèrement astringens. L'on emploie communément pour cet effet la décoction de quinquina : mais il faut prendre garde lorsqu'on s'en sert, qu'il reste la moindre parcelle de matière solide, parce qu'il est toujours à craindre qu'il ne s'en dépose dans l'antre, et qu'il n'en résulte des accidens, comme je l'ai vu plusieurs fois. Je me sers communément de la dissolution d'alun, de l'eau-de-vie, convenablement affoiblie, ou de l'eau de chaux.

Lorsque tous les os voisins sont sains, on obtient communément la guérison en suivant cette méthode un temps convenable ; lorsqu'il y en a au contraire de cariés, l'on ne doit pas espérer de guérison tant que la portion malade n'est pas exfoliée ou dissoute, et entraînée avec la matière. On peut toujours s'assurer, en y introduisant un stylet, si une partie des os qui forment l'antre est cariée ou non ; mais l'odeur et la couleur de l'écoulement suffisent en général pour nous l'indiquer. Lorsque les os sont cariés, le pus est toujours séreux et fétide ; il

s'épaissit, et son odeur devient moins forte à mesure que la carie diminue.

Nous avons supposé jusqu'ici que l'on perçoit l'antre pour donner issue au pus qui s'y étoit accumulé; mais la même opération est nécessaire pour détruire d'autres causes, telles que l'amas de sang, dont j'ai vu un exemple à la suite d'un coup violent porté sur la joue: on ne peut aussi faire sortir les vers qui s'engendrent dans cette cavité, que par cette opération. Il est difficile d'expliquer dans ce cas la génération de ces insectes; mais lorsque les douleurs violentes que l'on ressent dans la région de l'antre, ne sont pas l'effet du mal de dent ou de quelqu'autre cause évidente, on doit soupçonner qu'il y a des vers, et l'on ne coure aucun risque de faire, pour les tirer, une ouverture dans l'antre, immédiatement au-dessus des grosses molaires: cette ouverture suffit toujours pour remplir l'objet qu'on se propose sans arracher aucune dent. Il ne faut pas néanmoins se borner à enlever les vers que l'on apperçoit par l'ouverture; on y injectera de temps en temps les liquides les plus propres à faire périr ceux qui peuvent rester; sur-tout de l'huile, une dissolution d'assa-fœtida filtrée, et même une foible infusion de tabac: et on laissera long-temps l'ouverture libre, pour éviter autant que l'on pourra qu'il n'y reste des vers.

Je n'ai indiqué que les deux endroits de l'antre maxillaire que je crois convenable d'ouvrir; savoir, dans la direction des racines des deux grosses molaires de la mâchoire supérieure; et immédiatement au-dessus de la racine de ces dents sur le côté externe de la mâchoire. L'on a avancé, il est vrai, que l'on pouvoit

pouvoit pénétrer dans l'antre par la narine; je conviens que cela est praticable; mais l'on seroit peut-être également fondé à dire que l'on peut ouvrir l'os du palais pour introduire l'instrument dans cette cavité. Il est néanmoins évident qu'il ne seroit pas aussi convenable de percer l'antre dans l'une de ces parties que dans celles que nous avons indiquées; je n'en parle même ici que pour faire connoître ce que je pense de la méthode de faire une ouverture par la narine; comme elle a été proposée par un homme dont l'autorité est très-respectable, j'ai cru devoir apprendre aux jeunes chirurgiens, pour qui cet ouvrage est particulièrement destiné, qu'il y avoit de fortes raisons de douter des avantages de cette méthode (1).

En suivant les moyens que nous avons indiqués, on remédie complètement à presque toutes les maladies qui dépendent de quelque amas dans l'antre maxillaire : mais il peut s'y former des tumeurs d'un genre différent, d'une nature beaucoup plus dangereuse, et qui fréquemment se terminent par la mort. Ces tumeurs paroissent dépendre du gonflement des os de la joue; il n'y a pas de matière dans l'antre, et l'on ne peut par conséquent tirer aucun avantage de l'ouvrir. J'en ai même vu plusieurs fois résulter beaucoup de mal : car ceux qui ne sont pas fort versés dans cette branche de la chirurgie, se laissent facilement induire en erreur par l'apparence de ces tumeurs; et, s'imaginant qu'elles renferment du pus, ils y font pour l'ordinaire

(1) *Voyez* The natural History of the human Teeth, part. II, p. 46. first edition. By John Hunter, F. R. S.

des ouvertures qui aggravent fréquemment tous les symptomes, et accélèrent les progrès de la maladie. Il faut donc bien distinguer ces tumeurs des véritables amas de pus formés dans l'antre. La joue devient rarement fort grosse quand il y a des abcès dans cette cavité, et la maladie ne peut subsister long-temps sans que le pus forme une pointe sur la partie la plus éminente de la joue, à moins qu'il ne s'ouvre une issue par la narine, ou le long des racines des dents. Quand au contraire il n'y a pas de pus accumulé, et que la maladie dépend de quelque affection des os, la tumeur acquiert peu à peu un volume considérable, mais elle s'étend également sur toute la joue sans former de pointe dans aucun endroit particulier, si ce n'est dans les derniers temps de la maladie, où les parties molles environnantes s'affectent, et suppurent quelquefois. Jusqu'à ce que la peau commence à s'enflammer, ce qui n'arrive jamais que quand la maladie est fort ancienne, la tumeur est absolument sans couleur; elle est d'ailleurs particulièrement caractérisée par le degré remarquable d'élasticité qu'elle acquiert. Les os cèdent à la pression, et reviennent à l'instant dans leur premier état dès que l'on retire le doigt; si dans ce cas on y fait une incision, comme je l'ai vu pratiquer, on les trouve réduits en une espèce de cartilage mol, et vers les derniers périodes de la maladie, leur consistance est un peu gélatineuse.

Ces sortes de tumeurs sont d'une nature tellement rebelle, que jusqu'ici je n'ai guère vu résulter d'avantage de tous les remèdes que l'on a mis en usage. Dans un petit nombre de cas où la carie des dents paroissoit contribuer

à la maladie, on en a arrêté pour un temps les progrès en arrachant les dents affectées; mais ce moyen même n'a jamais produit un soulagement permanent, au moins dans le cas où les os étoient veritablement dans l'état que je viens d'indiquer: car la joue est, comme les autres parties du corps, sujette à des tumeurs d'une nature moins funeste, qui cèdent aux remèdes que l'on emploie ordinairement pour les dissiper. Dans celle dont il s'agit, on ne retire cependant aucun avantage des médicamens tant internes qu'externes. Il m'a semble que l'usage long-temps continué du mercure uni à la décoction de mézeréon, avoit produit quelquefois de bons effets, mais ils n'ont jamais été de longue durée.

SECTION VI.

Des excroissances des gencives.

Les gencives sont sujettes à des excroissances plus ou moins dures, toujours d'une couleur rouge, qui diffère peu de celle des gencives: ces excroissances tantôt sont molles et fongueuses, d'autres fois fermes, et approchent même, par leur dureté, des poireaux: elles sont quelquefois douloureuses; il n'en résulte néanmoins communément d'autre inconvénient qu'une gêne de la parole et de la mastication. On en voit sur les deux mâchoires; le plus souvent sur la mâchoire inférieure et à l'intérieur des dents. Elles tiennent, dans quelques cas, aux gencives par un petit col, et le plus souvent elles y adhèrent fortement dans toute leur étendue.

Ces excroissances dépendent fréquemment de la carie des dents, et dans quelques cas de celle de l'alvéole; alors il suffit souvent, pour obtenir la guérison, d'arracher la dent gâtée, et de procurer ensuite l'exfoliation de la partie cariée de la mâchoire. Dès que la portion malade de l'os est enlevée, l'excroissance diminue communément, et disparoît enfin entièrement, de même que les excroissances fongueuses des autres parties qui dépendent de la carie de l'os qui est au-dessous. Si ce moyen ne réussit pas, il faut enlever la tumeur dès qu'elle commence à devenir incommode, et l'on doit s'y déterminer avec d'autant plus de facilité, que l'opération est très-peu dangereuse. Ceux qui ne sont pas versés dans cette branche de la pratique, craignent, il est vrai, de toucher aux tumeurs de ce genre, d'après l'idée presque généralement reçue qu'elles sont de nature cancéreuse, et qu'on pourroit les faire empirer par l'opération; ou par la crainte que l'extirpation ne soit suivie d'une hemorrhagie embarrassante. Néanmoins, l'expérience nous apprend qu'il n'y a en général aucune raison de craindre rien de semblable. J'ai extirpé plusieurs tumeurs de ce genre, et il n'en est jamais résulté ni cancer, ni hémorrhagie fort importante.

Lorsque l'excroissance tient aux gencives par un col étroit, on l'enlève en y passant un fil suffisamment serré pour la faire tomber; mais quand elle adhère aux parties contiguës par une base large, on est obligé de l'emporter avec le bistouri. L'on s'est servi pour cet effet du cautère actuel et potentiel: je ne crois pas néanmoins nécessaire de décrire ici cette mé-

thode, parce qu'elle paroît aujourd'hui abandonnée, et qu'il n'y a pas d'apparence qu'on puisse la faire jamais revivre

Pour extirper la tumeur, on fait asseoir le malade solidement vis à-vis d'un beau jour, soutenu par un aide placé derrière. Il est inutile, si on le croit suffisamment décidé, de lui tenir la bouche ouverte avec des instrumens; mais lorsqu'on ne peut pas beaucoup y compter, comme il est ordinaire quand on a affaire à des enfans, le speculum oris est indispensable. L'on a donné différentes formes à cet instrument. Celui dont on fait communément usage, qui est représenté planche LIV, fig. 3, occupe trop d'espace dans la bouche pour y porter librement d'autres instrumens: pour éviter cet inconvénient, j'ai proposé il y a quelque temps d'y substituer l'instrument de la même planche, fig. 1, et l'expérience a prouvé qu'il remplissoit l'objet que l'on desire.

Un scalpel ordinaire suffit en général pour disséquer la tumeur; on doit néanmoins toujours en avoir d'autres, sur-tout un bistouri courbe, tel que celui de la planche XXXVIII, fig. 1, vol. III, et des ciseaux courbes, tels que ceux de la planche XLIX, fig. 1 et 2; car quelquefois les racines de ces excroissances s'emportent plus facilement avec ces instrumens qu'avec ceux qui sont droits. Quel que soit l'instrument que l'on adopte, il est toujours très-avantageux de soulever la tumeur, autant qu'il est possible, au-dessus des parties qui sont au-dessous, avec l'érine bifurquée de la planche L, fig. 3. Elle convient beaucoup mieux que l'érine ordinaire qui n'a qu'un crochet. On aura soin, pendant l'opération, d'enlever entièrement les

parties malades, et d'éviter de faire l'incision tellement profonde qu'elle intéresse les parties qui sont au-dessous, à moins que la tumeur n'y soit extrêmement adhérente; car alors on est obligé d'enlever une portion des gencives, et même de pénétrer jusqu'au fond de l'alvéole: néanmoins, comme cela ne peut guère s'exécuter sans risquer de nuire aux dents voisines en découvrant leurs racines, on doit toujours l'éviter autant qu'il est possible.

Une hémorrhagie modérée est avantageuse après l'operation, et on laissera couler le sang, pour prévenir l'inflammation de la plaie. Si néanmoins il couloit trop, on l'arrêtera, en remplissant de temps en temps la bouche du malade d'esprit-de-vin ou de teinture de myrrhe; et quand cela est insuffisant, il est très-rare que la pierre infernale ne réussisse point.

La situation de la plaie ne permet pas d'y mettre aucun appareil : néanmoins on lavera fréquemment la bouche pendant quelques jours après l'opération, avec une decoction émolliente chaude; et si la cicatrice ne se forme pas aussi facilement qu'on s'y attendoit, on peut accélérer ensuite la guérison par l'application de l'eau de chaux, du vin de Porto, de la teinture de rose, ou de tout autre astringent doux.

SECTION VII.

Des Dents branlantes.

Les dents ne s'ébranlent dans l'état naturel que par l'effet de la vieillesse, à moins qu'elles ne soient affectées de quelques maladies particulières; car alors elles devien-

nent moins adhérentes, et peuvent tomber même à la fleur de l'âge ; ce qui occasionnant de vives douleurs et une grande difformité, devient souvent un objet important pour le chirurgien.

Les dents sont ébranlées par différentes causes qui exigent toutes un traitement différent : nous allons faire l'énumération des principales, et indiquer les remèdes qui paroissent les mieux adaptés à chacune.

Ces causes sont souvent externes : telles que les chûtes et les coups, — et l'usage imprudent des instrumens dont on se sert pour renverser quelques-unes des dents voisines qui sont cariées ou gâtées d'une manière quelconque.

L'on ne peut raffermir les dents ainsi ébranlées qu'en les retenant quelque temps le plus solidement possible dans leur situation : on les enfonce, pour cet effet, autant qu'on le peut, dans leurs alvéoles, et on les attache aux dents voisines avec des ligatures de chiendent des Indes, de corde à boyau, ou de soie ciréc, et l'on nourrit le malade d'alimens liquides jusqu'à ce que ces dents soient affermies.

Il ne faut jamais négliger ce moyen chez les jeunes gens lorsque les dents sont ébranlées par l'une des causes que nous venons d'indiquer, parce qu'à cet âge les alvéoles sont entières, et se raffermissent quand on a soin de les retenir avec des fils un temps suffisant dans leur situation naturelle : lors même qu'elles ont été entièrement chassées de leurs alvéoles, elles se raffermissent promptement, quand on les replace sur le champ et qu'on les y retient. Cette méthode m'a plusieurs fois réussi, et on peut l'essayer sans courir aucun risque.

Mais lorsque chez les vieillards les dents s'ébranlent par quelque cause que ce soit, comme il n'y a guère d'espérance qu'elles se raffermissent, l'on ne doit peut-être jamais tenter ce moyen.

Les dents sont aussi quelquefois ébranlées par des couches épaisses de tartre qui se forment sur leur superficie et s'introduisent entre les gencives et les racines, ou même entre les alvéoles et les racines; il suffit communément, dans ce cas, de détruire la cause, si elle n'est pas trop ancienne, pour faire disparoître l'effet. L'on ratissera en conséquence le tartre le plus complètement et le plus promptement possible; car plus la dent reste de temps ébranlée, moins il y a à espérer qu'elle se raffermisse.

Les dents s'ébranlent fréquemment, parce que leur collet, et même une grande partie de leurs racines se détachent, lorsque les gencives sont devenues molles et spongieuses, comme il arrive quelquefois après un long usage du mercure; on l'attribue aussi communément, quoique souvent à tort, au scorbut: il n'est pas douteux que cet état est un des symptomes du vrai scorbut de mer; mais cette maladie est fort rare dans le continent, tandis que l'autre, c'est-à-dire, l'état mol et spongieux des gencives, s'y rencontre fréquemment.

On ne peut obtenir de guérison qu'en détruisant l'affection scorbutique générale, lorsqu'elle est la source de cet état des gencives; mais lorsque cette maladie n'est que locale, on doit compter uniquement sur les topiques. Il n'y a aucun remède certain de raffermir les dents ébranlées depuis long-temps; le plus efficace que l'on ait employé jusqu'ici, est de scarifier les gencives des dents affectées, tant extérieu-

rement qu'intérieurement. L'on fera des incisions profondes dans la substance des gencives que l'on laissera saigner abondamment, et que l'on réitérera de temps en temps, tant qu'il restera des dents branlantes. L'on dissipe souvent ainsi l'engorgement spongieux des gencives dont nous avons donné la description, et on les dispose à adhérer à la membrane qui recouvre les dents; ce qui suffit dans un grand nombre de cas pour les raffermir parfaitement.

Les astringens que l'on prescrit souvent pour dissiper cet état spongieux des gencives, ne m'ont jamais paru procurer aucun avantage : au contraire, leur fréquent usage semble nuire en faisant contracter aux geneives une disposition qui les prive pour toujours de la faculté d'adhérer aux parties qui sont au-dessous; au moins j'ai été témoin de plusieurs cas où il n'étoit pas possible de douter de cet effet : le long usage de ces remèdes avoit tellement durci et raffermi les gencives, que les scarifications furent ensuite employées inutilement pour fixer les dents. Il ne faut en conséquence recourir aux astringens que lorsque l'on a procuré une adhérence entre les gencives et les dents par les scarifications, ou par quelque autre moyen : l'on peut alors employer hardiment, et même avec avantage, les astringens. Ceux sur lesquels on doit le plus compter, sont les teintures de quinquina, d'écorce de chêne, de myrrhe, et une forte dissolution d'alun. On lavera fréquemment la bouche avec de l'eau froide fortement chargée de l'un de ces médicamens, et on recommandera au malade de ne se servir des dents qui étoient ébranlées que quelque temps après qu'elles seront parfaitement raffermies.

Les dents sont quelquefois ébranlées par les abcès qui se forment entre leurs racines et les alvéoles, sur-tout lorsque les dernières ainsi plongées dans le pus se carient : mais, comme je suis déjà entré dans de grands détails sur cet objet, en parlant des abcès des gencives, dans la quatrième section de ce chapitre, je renvoie à ce que j'en ai dit.

Je ne parlerai pas de l'ébranlement des dents produit par la vieillesse, parce qu'il est sans remède. Cet effet ne vient pas de ce que les racines des dents sont usées, ou de ce qu'elles sont poussées hors de leurs alvéoles, mais d'une véritable destruction totale des alvéoles; ce qui est probablement dû à ce que la matière osseuse dont elles sont formées est absorbée, et que la nature ne continue pas d'en fournir de nouvelle, l'usage des dents lui étant alors inutile.

SECTION VIII.

De la manière de nettoyer les Dents.

Différentes causes salissent les dents, et obligent fréquemment de recourir au dentiste pour les nettoyer.

1°. Les dents perdent quelquefois leur couleur naturelle, et deviennent d'un jaune tirant sur le brun, ou même un peu noires, sans que l'on puisse y appercevoir de matière étrangère.

2°. D'autres fois elles se salissent et donnent une odeur putride désagréable à l'haleine, uniquement parce que le mucus naturel de la bouche y séjourne trop long-temps.

3°. Mais les dents sont communément salies

par une espèce de matière calcaire, vulgairement appellée Tartre des Dents, qui paroît être déposé par la salive, de même que les calculs de la vessie le sont par l'urine ; peu de personnes en sont entièrement exemptes : les unes y sont néanmoins plus sujettes que d'autres. J'ai même vu des dents se couvrir d'une croûte épaisse de tartre, peu de semaines après avoir été parfaitement nettoyées.

Le tartre s'amasse d'abord sur les incisives, et sur les parties de ces dents les moins exposées au frottement de la langue ou des lèvres; c'est pourquoi on l'apperçoit d'abord à l'extérieur, dans les angles qui séparent les dents entre elles, près de leur articulation avec les gencives. La mastication empêche ordinairement ce tartre de s'étendre jusqu'au haut des dents ; mais il a une si grande disposition à se former chez quelques individus, que je l'ai vu commencer par les gencives et s'élever jusque sur la surface applatie des molaires : dans ces cas, ce tartre s'étend, quand on ne l'enlève pas, sur toutes les dents, de manière qu'il ne paroît former qu'une incrustation continue d'une extrémité de la joue à l'autre. Quelquefois, au lieu de s'étendre sur toutes les dents, il semble particulièrement se fixer sur une ou deux ; et alors ce dépôt se forme si promptement, que l'on pourroit soupçonner que toute la matière calcaire de la bouche est attirée par une cause quelconque vers ce point. J'ai vu une ou deux dents s'en couvrir complètement en quelques semaines, quoiqu'il n'y en eût pas du tout dans le reste de la bouche. Ces incrustations partielles s'étendent même dans quelques cas, tellement que la joue en est défigurée à l'ex-

térieur. Ceux qui ne sont pas accoutumés à cette branche de la chirurgie, ont quelquefois pris ces incrustations pour des maladies plus dangereuses. On les a même traitées comme des exostoses de l'os de la mâchoire.

Tant que le tartre ne forme qu'une écaille mince, et qu'il est borné à la surface externe des dents sans nuire aux gencives, il mérite rarement beaucoup d'attention : mais lorsqu'il s'accumule en grande quantité, il devient très-communément nuisible aux gencives; il produit de légers ulcères sur les parties contiguës; ou il s'insinue entre les gencives et les alvéoles, et les détache les unes des autres à une profondeur considérable. Il faut, dans ces deux cas, employer les moyens les plus propres à détruire ce tartre.

Lorsque les dents sont restées long-temps couvertes d'une matière étrangère quelconque, qui a acquis une certaine solidité, il n'est guère possible de l'enlever sans le secours des instrumens ; c'est même l'unique moyen de porter remède aux dents qui sont légèrement décolorées, sans être couvertes d'aucune matière étrangère sensible à la vue, si le mal est ancien. Mais lorsqu'elles ont été parfaitement nettoyées avec les grattoires, on les conserve en général dans cet état avec un peu d'attention. Il suffit pour les entretenir parfaitement nettes et blanches, de les laver fréquemment avec de l'eau froide, et de les frotter le matin tous les deux ou trois jours avec du pain brûlé, le quinquina, la crême de tartre, la craie, ou d'autres substances douces réduites en poudre fine: il y a néanmoins des cas où la disposition que les dents ont à se gâter,

sur-tout à se couvrir de tartre, est si grande, que, malgré toutes les peines et les attentions qu'on se donne, on ne peut empêcher cette substance de se régénérer ; mais cela est rare, car on l'évite communément par la propreté.

Nous avons dit que quand les dents étoient fort sales, on ne pouvoit les nettoyer sans le secours des instrumens. Cette méthode est au moins la meilleure et la plus sûre. J'observerai cependant que l'usage fréquent des acides quelconques un peu forts, rend en général les dents parfaitement nettes et même blanches; car ces remèdes dissolvent parfaitement le tartre et les autres matières qui s'attachent aux dents; on en fait en conséquence la base de la plupart des lotions que l'on prescrit pour remplir cette indication. Leur usage exige néanmoins beaucoup de précautions; ils attaquent très-facilement les dents mêmes, et il est peut-être impossible d'employer aucun acide suffisamment fort pour dissoudre la matière étrangère qui recouvre les dents, sans nuire en même temps à leur émail. Les acides végétaux les plus doux, rendent, comme on le sait, les dents rudes, ou les agacent: d'où il est naturel de croire que les plus forts, tels que les acides minéraux, dont l'on se sert très-communément dans ce cas, doivent être beaucoup plus nuisibles; et l'on a vu réellement des personnes perdre entièrement leurs dents par l'usage de ces applications seules.

Plusieurs auteurs prétendent, il est vrai, que les instrumens nuisent beaucoup à l'émail des dents, en enlevant la matière dont elles sont incrustées: si cela est arrivé quelquefois, comme je le crois, on ne doit pas l'attribuer au remède, mais à la manière dont on en a fait usage. Il n'est

pas douteux qu'un instrument tranchant employé mal-adroitement, peut détruire l'émail entièrement ; mais cela est toujours la faute de l'opérateur, car il est possible d'enlever absolument toutes les incrustations qui se forment sur les dents sans leur nuire.

L'on a représenté planche LVIII, différens instrumens pour cette opération. Ceux des fig. 2, 3 et 4, sont les meilleurs, et conviennent dans la plupart des cas ; les autres sont cependant quelquefois nécessaires pour enlever les portions de tartre accumulées entre les dents. Il faut, pour opérer aisément, qu'ils soient tous un peu tranchans, et que le tranchant ne soit pas néanmoins fort affilé; car il pourroit se renverser, et même se rompre, par la force que l'on est obligé d'employer pour enlever le tartre.

Pour faire cette opération, l'on fait asseoir le malade sur un siége bas, le visage tourné vers le jour, la tête étant soutenue par un aide. Le chirurgien sera lui-même assis sur un siege un peu plus élevé. Communément l'opérateur se tient debout ; mais nous avons déjà eu occasion de remarquer que les chirurgiens doivent toujours opérer assis autant qu'il est possible.

Le chirurgien enveloppe alors l'index de sa main gauche dans un drap mouillé, et presse un peu fortement avec ce doigt, sur la pointe de la dent qu'il se propose de nettoyer la première, et la partie postérieure du grattoir sert pendant ce temps de point d'appui au pouce de la même main. L'on soutient ainsi assez sûrement la dent, pour empêcher qu'elle ne soit ébranlée par l'instrument. Cette précaution est nécessaire dans tous les cas, mais particu-

Planche LVIII.

Fig. 5.

Fig. 4.

Fig. 3.

Fig. 2.

Fig. 1.

Fig. 10.

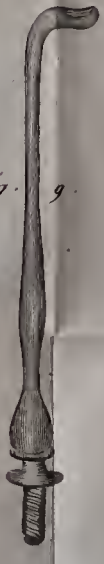


Fig. 9.

Fig. 8.

Fig. 7.

Fig. 6.

lièrement lorsque les dents sont un peu lâches.

L'on introduit alors le tranchant de l'instrument au-dessous de la partie inférieure de l'incrustation, en évitant le collet de la dent; car, si l'on poussoit l'instrument jusques-là avec beaucoup de force, on courroit de grands risques d'ébranler, et même de faire sortir entièrement la dent. Lorsque l'on est certain que l'instrument est convenablement placé, on le pousse avec un peu de fermeté de bas en haut vers le sommet de la dent, et on l'applique plusieurs fois dans la même direction tant qu'il reste du tartre incrusté à la partie externe ou interne de la dent : lorsqu'une dent est parfaitement nettoyée, on se conduit de même pour les autres. Cela fini, on frotte bien toutes les dents avec un morceau d'éponge coupé en forme de brosses, couvert d'une poudre fine, composée de parties égales de crême de tartre et de quinquina; il est rare, en usant de temps en temps de ce moyen, que l'on soit obligé d'en employer d'autre. Cependant, si malgré cette précaution les dents se salissent de nouveau, l'on enlève tout le tartre qui s'est formé, comme nous l'avons indiqué.

Cette manière de nettoyer les dents est la plus sûre et la plus efficace, lorsqu'il s'y est accumulé quelque matière étrangère; mais quelquefois elles perdent, comme nous l'avons dit, leur couleur, et se salissent sans que l'on puisse y observer aucune matière de ce genre. Dans ces cas même, tant que la surface des dents est lisse et saine, il est souvent avantageux de la frotter légèrement avec le tranchant du grattoir; et l'on ne coure aucun risque en faisant cette opération avec précaution.

Cependant lorsque les dents noircissent par une cause de ce genre, l'on trouve quelquefois l'émail corrodé, ou comme percé d'une infinité de petits trous : cette saleté est la plus funeste de toutes, elle est très-difficile à emporter; et quand on y est parvenu, elle revient en général promptement ; il est même rare qu'elle disparoisse avant la destruction totale des dents qui en sont attaquées.

Les instrumens ne peuvent enlever cette espèce de saleté ; l'on est obligé de recourir à des préparations chymiques. Les acides minéraux sont ceux qui produisent le plus sûrement cet effet ; mais on ne doit jamais s'en servir pour les raisons que nous avons déjà données. Je me sers communément dans ces cas, de savonneux, ou même de substances purement alkalines; elles nettoient souvent parfaitement les dents, sans nuire à l'émail. Une forte mousse de savon ordinaire suffit en général; quelquefois l'on réussit également avec une dissolution de sel de tartre, que l'on applique sur les dents avec un petit pinceau ou une brosse.

Lorsque l'on a ainsi emporté la saleté, il n'y a pas de moyen plus efficace d'en empêcher le retour, que de faire des lotions fréquentes avec l'eau froide, et de frotter de temps en temps les dents avec l'une des poudres dont nous avons parlé. Je me suis aussi quelquefois imaginé que l'usage réitéré de la teinture de quinquina pouvoit prévenir cette affection, en ce qu'elle paroît dépendre de quelque cause putride ; car il y a évidemment carie ou gangrène des dents malades, d'où l'on doit présumer que les antiseptiques de toute espèce peuvent être utiles.

Pour

Pour appliquer les poudres ou autres substances sur les dents, on se sert communément de brosses diversement conformées, et de plusieurs espèces de racines convenablement préparées. L'on fait beaucoup usage des racines de luzerne et d'orcanette, desséchées et applaties par un bout, de manière à former une espèce de brosse : on s'en sert sans danger et avec beaucoup d'avantage pour nettoyer les interstices des dents ; mais il faut bien se garder, avec ces substances, ni avec aucune brosse, de frotter les racines des dents et le haut des gencives, parce que leurs pointes en s'introduisant entre les gencives et les alvéoles pourroient les séparer ; d'où il résulteroit beaucoup de mal. C'est ce qui m'a déterminé à me servir toujours d'un morceau d'éponge fixée à un petit manche, avec laquelle on peut frotter les racines des dents sans danger.

SECTION IX.

Du mal de Dents.

Il n'y a peut-être pas de douleur plus insupportable que le mal de dents. Il rend extrêmement malheureux ceux qui en sont affectés ; et comme il est une des plus fréquentes maladies de l'espèce humaine, il exige la plus grande attention des gens de l'art. Quels que soient les tourmens qu'il produit souvent, lors même qu'il est borné à une seule dent, ils sont peu de chose en comparaison des suites qui en résultent quelquefois. L'on a vu les retours fréquens de cette maladie ruiner les plus fortes constitutions. Outre la douleur qui réside dans une ou plusieurs dents,

et le gonflement des gencives voisines, qui en sont les symptomes ordinaires; la joue se tuméfie fréquemment; l'œil, et même l'oreille, du côté affecté, sont souvent douloureux et enflammés; et il n'est pas rare de voir la fièvre survenir avec toutes ses suites.

Ces symptomes sont produits par différentes causes, et même par des affections des dents en apparence de nature opposée.

1°. Ils peuvent tirer leur origine des nerfs ou des autres parties renfermées dans la cavité de la dent qui sont mis à nud par une cause violente externe, ou par la chûte de l'émail, quand il est carié ou gâté d'une manière quelconque.

2°. Ils peuvent être produits par l'inflammation interne de la dent affectée, ou de la membrane qui environne sa racine. Enfin,

3°. Les dents et les parties contiguës des mâchoires sont souvent attaquées de douleurs très-violentes, par l'effet de ce que l'on appelle vulgairement sympathie, c'est-à-dire, qu'elles souffrent souvent par l'affection des parties éloignées : les maladies des yeux, de l'oreille et de l'estomac occasionnent aussi quelquefois des douleurs de dents tres-vives. Je vais examiner séparément chacune de ces causes dans l'ordre où je viens de les indiquer.

§. I. *Du mal de Dents qui survient quand le nerf est à nud, et des différens moyens de les arracher.*

De quelque manière que la cavité d'une dent se trouve découverte, l'on voit tous les jours qu'il en résulte pour l'ordinaire beaucoup de

douleur, et la raison en est sensible. Nous avons déjà observé que la nature avoit pourvu les dents de nerfs exactement couverts d'os : quand cette défense est détruite par accident ou par maladie, les parties qui, en raison de leur conformation naturelle, ne devoient pas être découvertes, souffrent des différentes injures auxquelles elles sont exposées, telles que de la boisson et des alimens qui y ont accès, et même de l'air externe qui y pénètre librement en tout temps.

L'état de nudité du nerf, ou l'irritation qu'il éprouve lorsqu'on le dépouille des parties qui le mettoient à l'abri de l'air, ne suffisent pas pour produire la douleur; la maladie dépend absolument des effets qui résultent des suites de cet état de nudité. L'on a des exemples fréquens de ce que j'avance. Ainsi j'ai souvent vu la cavité d'une dent brisée par un coup ou une chûte, être entièrement à découvert, sans d'autre inconvénient qu'une douleur momentanée proportionnée à la nature de l'accident; et il n'est pas rare qu'une dent se déchausse et se réduise enfin en poussière, sans produire ni douleur ni aucun mal-aise. D'où il est évident qu'on ne doit pas considérer la nudité seule du nerf comme la cause prochaine du mal de dents; il paroît dépendre plutôt d'un certain degré d'irritabilité déterminé par l'état où se trouve alors le nerf, et il faut dans le traitement, diriger toutes nos vues vers cette cause.

Différentes causes donnent lieu à cette irritabilité du nerf; particuliérement l'usage fréquent des substances saccharines, âcres et stimulantes, contenues dans les alimens; — l'abus des cure-dents, qui souvent peut être reconnu pour l'ori-

gine d'un accès de mal de dents; — et un courant d'air froid. Cette cause, lorsqu'on y a été long-temps exposé, donne fréquemment lieu, surtout si l'air est humide, à une inflammation, d'où résulte le mal de dents, ou même une douleur des plus vives de la dent, privée d'une partie de son émail, quoiqu'on ne puisse découvrir aucun autre symptome d'inflammation.

Telles sont les causes les plus ordinaires du mal de dents, lorsque le nerf est déjà découvert; il est alors aisé d'expliquer la manière dont elles agissent; mais l'on ne voit pas aussi facilement pourquoi la dent se trouve si souvent dans cet état, ni ce qui le produit communément. Les chûtes et les coups brisent quelquefois l'émail; il peut aussi être endommagé lorsque l'on veut casser des noix et d'autres substances dures avec les dents : dans ces cas la cause est évidente, car on voit tous les jours la partie osseuse de la dent se carier très-promptement et tomber lorsque l'émail est enlevé. Comment néanmoins expliquer la cause la plus fréquente du mal de dents, la chûte ou la destruction de l'émail par la pourriture, lorsqu'il n'a précédé aucune cause externe? L'on a prétendu que l'on pouvoit souvent reconnoître que ces affections étoient l'effet de l'abus des acides, qui, comme on sait, nuisent en généralbeaucoup à l'émail; l'on a même dit qu'elles dépendoient pour l'ordinaire du défaut de soin de laver ou de nettoyer la bouche des particules putrides qui restent après avoir mangé, parce que ces particules peuvent, jusqu'à un certain degré, communiquer leur qualité putride à l'émail; et qu'il suffit qu'un seul point soit affecté, pour que les parties contiguës se gâtent

bientôt, comme l'on voit la gangrène s'étendre sur les autres parties du corps.

Nous convenons que l'usage fréquent des acides, même les plus doux, nuit souvent à l'émail des dents, et qu'il faut les éviter; il est également évident que l'on doit laver régulièrement la bouche après avoir mangé, pour empêcher le tartre de s'amasser, et l'haleine de sentir : mais il n'y a pas apparence que la maladie dont nous parlons, le déchaussement ou la carie des dents, dépende de l'une de ces causes. Si elle étoit occasionnée par l'abus des acides, elle affecteroit en même temps et au même degré toutes les dents, ou au moins une grande partie; elle commence au contraire presque toujours par un très-petit point, qui s'étend en général beaucoup plus lentement qu'il ne le feroit, à ce qu'il semble, si la maladie étoit due à une cause de ce genre. Quant à l'effet des particules putrides qui s'attachent aux dents, on ne peut guère les regarder comme la source de cette maladie; car quoiqu'elles puissent, d'un repas à l'autre, acquérir un certain degré de fétidité, il n'est pas probable qu'elles se putrifient en aussi peu de temps, au point de détruire le principe vivifiant des parties auxquelles elles s'attachent. Mais cela est aisé à décider par l'expérience; et d'après quelques essais que j'ai faits sur cet objet, l'opinion générale me paroît mal fondée. J'ai fait mettre une dent nouvellement arrachée au milieu d'un morceau de bœuf putrifié; au bout de huit jours la dent s'est trouvée aussi saine qu'elle l'étoit dans l'instant où on l'avoit mise; l'émail ni les parties internes n'en étoient nullement affectées : je réitérai l'expérience avec des

dents arrachées depuis long-temps, le résultat fut absolument le même. On doit conclure de cette observation faite sur des dents entièrement mortes, et enveloppées dans une matière extrêmement putride, que l'application partielle des particules putrides ne produit pas beaucoup d'effet sur les dents qui jouissent de la vie et qui tiennent au reste du corps : car nous savons que dans les autres parties le principe vital résiste fortement à la putréfaction, et l'on ne peut douter que les dents ne soient douées de la même faculté de se conserver. Outre ce raisonnement général en faveur de notre opinion, je remarquerai que si l'idée communément reçue étoit bien fondée, les parties des dents où s'arrêtent particulièrement les particules des alimens devroient se gâter plus facilement ; et celles au contraire qui ne sont pas exposées à la même cause, ne devroient être que très-rarement affectées. Or, tous les praticiens savent qu'il n'en est pas ainsi ; et qu'aucune partie des dents n'est plus exempte de la carie que les autres. Quoique les alimens s'arrêtent pour l'ordinaire dans les interstices des dents, l'on convient que ces parties ne se déchaussent pas plus fréquemment, que celles qui sont moins exposées à l'inconvénient dont nous venons de parler.

Les causes auxquelles on attribue communément la carie des dents ne paroissent donc pas produire de grands effets, et nous ne connoissons aucun accident passager capable d'engendrer particulièrement cette affection : je crois, d'après toutes les observations que j'ai été à même de faire sur cette maladie, qu'elle dépend le plus souvent de quelque vice général de la constitution, ou d'une disposition du système à

la destruction de cette partie. Sans prétendre expliquer la cause de cette carie, il me paroît à peu près aussi probable qu'elle tient à une affection générale du système, qu'il l'est que les douleurs qui caractérisent la goutte, tirent leur origine de quelque cause générale. La carie survient, il est vrai, quelquefois à la suite des causes accidentelles, sur-tout des violences externes qui ont brisé ou fendu l'émail. Mais cela s'observe très-rarement en comparaison de la fréquence des maux de dents, qui s'engendrent généralement sans aucune cause évidente, et existent le plus souvent quelque temps avant que l'on s'en apperçoive.

L'on demandera peut-être, en supposant que l'on admette l'opinion que nous avons proposée, quel en est le but? Et si elle peut suggérer quelque différence pour le traitement de la maladie? Je crois que oui. — Comme le mal de dents cause beaucoup d'impatience, et est des plus insupportables, lorsque la dent est cariée les malades en desirent en général l'extraction, et les personnes de l'art insistent vivement sur ce moyen, comme le seul capable de procurer la guérison. Quand la douleur est extrême, et que l'on a employé tous les remèdes ordinaires sans succès, il n'est pas douteux que l'on doit arracher la dent; et il n'y a personne qui, dans ces cas, tienne plus fortement à cette opinion que moi. Je pense néanmoins que, suivant la méthode ordinaire, l'on va trop loin, et que l'on arrache beaucoup de dents auxquelles on ne devroit pas toucher. La douleur, il est vrai, cesse en général dès que la dent est arrachée; mais très-communément ce soulagement n'est que passager, la carie se porte bientôt sur une

autre dent, qui en peu de temps est aussi affectée que la première; dès que l'on a enlevé cette seconde, le mal gagne la suivante, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'il en reste à peine une. J'ai vu arracher successivement presque toutes les dents parce qu'elles s'étoient ainsi cariées, les unes après les autres. L'on ne tire même, après tout, aucun avantage de cette méthode; souvent toutes les dents étant enlevées, la douleur de la mâchoire n'en est pas moins vive.

Les exemples de ce genre sont si fréquens, que l'on pourroit en conclure que la carie des dents est fréquemment une maladie de la constitution; et que l'on a tort de les arracher aussi facilement qu'on le fait. On peut néanmoins, lorsque l'excès de la douleur l'exige, en arracher d'abord une ou deux, parce que l'on ne peut jamais s'assurer sans cela si la maladie dépend ou non d'une pareille cause générale : mais lorsque la disposition particulière est si fortement inhérente au système, qu'une troisième ou une quatrième se carient au bout de peu de temps, il faut conseiller au malade de supporter la douleur, quelque vive qu'elle soit, plutôt que d'en arracher davantage. Quand on a pris ainsi la ferme résolution de supporter un accès d'odontalgie, jusqu'à ce qu'il soit complètement dissipé, il arrive souvent qu'on ne ressent plus par la suite de douleurs, au moins dans cette dent. Quoique ce moyen ne réussisse pas toujours, les succès dont il a été suivi sont assez multipliés pour être fondé à en faire l'essai peut-être dans tous les cas : il ne peut d'ailleurs en résulter aucun mal, et lorsqu'il réussit, l'on en retire un très-grand avantage. J'ai pendant long-temps fait arracher, suivant

la pratique ordinaire, toutes les dents cariées dès qu'il y avoit de la douleur; je ne me suis déterminé à y renoncer, que parce que je n'en ai retiré en général aucune utilité, et que le résultat a toujours été à-peu-près tel que je viens de le dire; aujourd'hui je me borne à enlever deux ou trois dents, malgré les retours de la maladie, à moins que la douleur ne devienne tellement insupportable, qu'on ne puisse se dispenser d'en arracher davantage, ce qui est rare. Il suffit en général de s'abstenir de s'exposer au froid pendant l'accès, et de donner des doses de laudanum, proportionnées à la violence de la douleur, pour dissiper les angoisses qu'elle produit. On peut souvent éviter au malade les douleurs qui résultent de l'extraction des premières dents qui se gâtent, et même mettre les autres à l'abri de la carie qui les attaque communément quand on suit la pratique ordinaire, en recommandant la propreté, l'habitude surtout de se laver la bouche avec de l'eau froide, et bouchant l'ouverture de la dent cariée, de manière à empêcher l'accès de l'air.

Après avoir ainsi tenté de prouver que la carie ou le déchausement des dents dépendent communément de quelque cause générale inhérente à la constitution, je vais entrer dans de plus grands détails sur les moyens de prévenir et de dissiper la douleur des dents produite par cette cause.

L'on a coutume, dans le cas de carie, d'enlever avec une lime le point noir ou carié, pour empêcher la maladie de s'étendre : mais je crois, d'après les observations que j'ai faites, que l'on ne doit pas suivre cette méthode; car on ne peut jamais enlever la portion malade d'une dent sans que les parties qui restent

se trouvent plus exposées à l'air qu'avant; j'ai en conséquence presque toujours remarqué que ce moyen étoit plus nuisible qu'utile. Je l'ai vu plusieurs fois produire de la douleur lorsqu'il n'y en avoit pas avant; et au lieu de conserver la dent, il semble qu'il détermine la carie à gagner plus promptement les parties qui restent saines que si on n'y avoit pas touché. D'où je conclus que l'on doit absolument abandonner cette méthode; et ceux qui considéreront l'effet qui doit nécessairement en résulter, penseront, suivant toute apparence, comme moi. Il est évident que la portion d'une dent déjà cariée n'a plus de sensibilité; pourquoi donc l'enlever? Tant qu'elle reste, elle sert à couvrir et défendre les parties saines qui sont au-dessous; quand on les prive au contraire de cette défense, elles restent absolument à nud, et sont attaquées par tout ce qui entre dans la bouche.

Lorsqu'il y a cependant une suffisante quantité d'émail de détruit par la carie ou par une cause violente externe, pour former une ouverture d'une certaine grandeur, l'on prévient souvent le mal de dents, en bouchant l'ouverture de manière que l'air ni les particules des alimens ne puissent avoir d'accès jusqu'au nerf. L'on emploie pour cet effet différentes substances, telles que la gomme lacque, le mastic, l'oliban, la cire que donnent les abeilles, la cire à cacheter, l'étain, le plomb, et l'or. Lorsque l'ouverture produite par la maladie est considérable, et sur-tout étroite dans son fond, et grande à l'extérieur, le mastic et la gomme lacque, ou même la cire ordinaire, réussissent dans quelque cas où aucune substance plus dure ne peut rester dans

la cavité ; mais comme elles sont promptement emportées par la mastication, il faut les renouveller souvent : c'est pourquoi on doit préférer l'un des métaux indiqués, lorsque la forme de l'ouverture le permet, comme il arrive toujours quand la dent est fort creuse à l'intérieur, et que l'ouverture externe qui y conduit est petite. L'on se sert quelquefois, pour cet effet, d'une feuille d'or ; rien cependant ne réussit mieux qu'une feuille d'étain ordinaire. On en coupe autant qu'on le juge nécessaire, et on en introduit un bout dans le creux de la dent avec les instrumens indiqués, fig. 6, 7 ou 8, planche LVIII ; l'on y fait entrer le reste peu à peu, jusqu'à ce que la cavité soit entièrement remplie : l'on coupe ensuite la portion d'étain qui forme une saillie au-dehors, et on en rend la surface parfaitement unie en la frottant bien avec le brunissoir, fig. 9 de la même planche. Il faut néanmoins, avant de songer à boucher la dent, tâcher de rendre le nerf insensible autant qu'il est possible ; sans quoi, le malade ne pourra supporter le degré de compression nécessaire pour fixer l'étain. Il suffit en général de laisser le nerf quelques semaines à découvert, pour qu'il acquiert un degré de callosité suffisant pour rendre ce moyen admissible. Lorsque cela ne réussit pas, on remplit communément l'objet que l'on se propose, en introduisant tous les jours dans la cavité de la dent quelques gouttes d'huile d'origan ou de thym, ou de toute autre huile essentielle : on détruit souvent ainsi le plus léger degré d'irritabilité du nerf, de manière que l'on peut le comprimer hardiment.

Nous avons observé que l'étain, le plomb, ou toute autre substance dure, ne pouvoient

rester dans le creux de la dent que quand l'ouverture externe étoit un peu resserrée. L'on a proposé, dans le cas où cette ouverture n'a pas cette conformation, et où il n'est pas possible de la boucher autrement d'une manière durable, de percer un petit trou sur les côtés de la dent; afin de passer d'un côté à l'autre une cheville d'or, d'argent, ou de tout autre métal, pour retenir le plomb que l'on a introduit. Ce moyen peut réussir quelquefois, mais il n'est pas admissible lorsque l'ouverture est très-grande à l'extérieur, ou que les côtés de la dent ne sont pas suffisamment solides; car, dans le premier cas, c'est-à-dire, quand l'ouverture externe est fort grande, une cheville passée dans le centre de la substance qui sert de bouchon, ne l'assujettira pas suffisamment pour empêcher qu'il ne s'insinue par derrière quelques portions d'alimens; quand au contraire le reste de la dent est mince et cassant, les moyens que l'on emploie pour la percer sont sujets à la briser.

Il n'y a cependant pas de remède plus sûr pour prévenir les retours fréquens du mal de dents, et conserver ce qui reste de la dent gâtée, que d'en boucher convenablement le trou par l'un des moyens que nous avons indiqués. J'ai souvent conservé ainsi des dents déchaussées un grand nombre d'années, sans qu'il en soit résulté de douleur ni aucun autre inconvénient; mais il faut pour cet effet que la cavité soit complètement bouchée, et que la nourriture, la boisson, ni l'air même n'y puissent pénétrer.

Il ne suffit pas de boucher ainsi la dent quand le malade a été sujet à de fréquens accès d'odon-

talgie, il faut de plus qu'il évite avec un très-grand soin de s'exposer au froid ; qu'il se tienne la tête chaudement en la couvrant bien la nuit ; et qu'il habite un endroit sec ; car il est si difficile de conserver ses dents au milieu d'une atmosphère humide, que j'ai vu des malades à qui il a suffit de quitter des lieux humides et d'en habiter de secs, pour se préserver entièrement des retours fréquens de maux de dents : ce moyen réussit même quelquefois lorsque tous les autres ont été inutiles.

Malgré tous les moyens que nous venons d'indiquer, les dents cariées deviennent quelquefois très-douloureuses, et tourmentent tellement, qu'il est important de trouver une méthode efficace d'y remédier.

L'expérience apprend qu'il y a des maux de dents que l'on dissipe en appliquant les remèdes sur des parties éloignées. Ainsi, lorsque la douleur a commencé, comme il arrive quelquefois par l'inflammation de l'oreille, il n'y a pas de moyen plus efficace que d'appliquer un vésicatoire derrière l'oreille : ou, si la saburre contenue dans l'estomac en est la cause, le vomitif est très-convenable, comme je le prouverai plus particulièrement par la suite. Néanmoins lorsque le mal de dents vient de ce que le nerf est à nud, il est rare qu'aucun remède réussisse s'il n'est appliqué sur la partie même. Quoique l'on emploie souvent le quinquina, l'électricité, et différentes recettes particulières, je n'ai tiré d'avantage que des anodyns, des corrosifs, et de l'extraction de la dent.

Les douleurs légères se modèrent quelquefois, ou même se dissipent entièrement, en appliquant de l'opium ou du laudanum sur le nerf

qui est à nud : le camphre seul, ou uni à l'opium, m'a été utile ; il a réussi même sous forme liquide, dissous dans l'esprit-de-vin, quand on l'avoit employé sans succès d'une autre manière. On doit mettre aussi l'éther au nombre des remèdes qui modèrent quelquefois cette espèce de mal de dents ; néanmoins toutes ces applications peu actives dispensent rarement d'en employer d'autres capables de détruire entièrement le nerf.

Nous avons observé que le long usage des huiles essentielles fortes, rendoit quelquefois le nerf comme calleux ou un peu insensible ; mais elles ne le détruisent jamais suffisamment pour empêcher le retour du mal de dents. On y parvient néanmoins par des remèdes d'un genre différent ; en appliquant, par exemple, l'esprit de vitriol ou tout autre acide minéral concentré ; en introduisant un peu de pierre infernale dans le creux de la dent ; ou en brûlant le nerf avec le cautère actuel. Toutefois la pierre infernale et tous les acides actifs, exigent la plus grande attention pour ne pas endommager les parties voisines ; car ces substances sont sujettes à s'étendre et à produire beaucoup de mal. On ne coure pas le même danger avec le cautère actuel, mais il faut, pour en tirer un avantage réel, passer le fer rouge dans la cavité de la dent plus loin que les malades ne veulent en général le souffrir ; car si le nerf n'est pas détruit jusqu'à l'extrémité de sa racine, on n'en retire aucun avantage ; et comme cette opération est longue et douloureuse, on trouve peu de personnes qui veuillent s'y soumettre ; c'est néanmoins la seule qui étant convenablement exécutée, puisse détruire absolument le

nerf. On se sert, pour cet effet, d'un fil de métal pointu à son extrémité, ou de l'instrument représenté planche LVIII, fig. 8.

Souvent aucun de ces remèdes ne réussit, parce que les malades ne permettent pas de les appliquer convenablement, ou que l'opérateur ne porte pas l'instrument aussi loin qu'il le faut. Alors, si la douleur continue avec la même violence, il faut détruire le nerf d'une autre manière, c'est-à-dire ; arracher la dent ; car si elle ne se trouve pas fort gâtée, et si elle ne s'est pas brisée en l'arrachant, il est possible, comme nous le dirons par la suite, de la replacer après avoir bien nettoyé le sang épanché dans l'alvéole. Cela ne réussit pas toujours, sur-tout pour les molaires ; mais cette opération n'est pas aussi nécessaire dans la partie postérieure de la bouche que pour les dents incisives ou canines, où elle remplit souvent l'objet que l'on desire. Lorsqu'une dent ainsi replacée est affermie, elle devient aussi utile qu'avant ; et le nerf étant absolument détruit, elle n'est plus dans le cas de produire de la douleur. Nous allons parler maintenant de la manière d'arracher les dents.

L'extraction des dents étant une opération très-fréquente, on s'est donné beaucoup de peine pour la rendre aisée ; quoiqu'on ne puisse éviter la douleur, elle se pratique aujourd'hui beaucoup plus sûrement et plus aisément qu'autrefois, où l'on ne se servoit que d'instrumens grossiers et difficiles à manier.

Une dent peut s'arracher suivant différentes directions : savoir, en ligne perpendiculaire relativement à ses racines ; ou en la faisant tourner sur son axe et abaissant la couronne

ou sa partie supérieure, ce qui soulève dans la même proportion l'extrémité de sa racine; ou bien, l'on emploie un suffisant degré de force pour la renverser, et la faire sortir de l'alvéole dans une direction latérale.

Le choix seroit aisé, si toutes ces méthodes étoient également praticables. Il est évident que les parties voisines doivent beaucoup moins souffrir quand on enlève une dent perpendiculairement, que quand on la renverse de force; car leurs racines étant fortement attachées à l'os, on ne peut les renverser sans rompre ou ouvrir la partie de l'arcade alvéolaire qui les environne; ce qui occasionne pour l'ordinaire un certain déchirement, et toujours une contusion considérable des parties molles environnantes, d'où il résulte beaucoup de douleurs: néanmoins comme on ne peut se procurer, même en ouvrant la bouche le plus possible, autant d'espace qu'il en faut pour se servir des instrumens propres à enlever les dents postérieures dans une direction perpendiculaire, l'on est obligé communément de les renverser. L'on enlève, il est vrai, dans cette direction, les incisives, les canines, et même quelques-unes des molaires, lorsqu'elles tiennent très-peu; car quand elles sont très-adhérentes, nous ne connoissons aucun instrument capable de les emporter ainsi. Malgré l'insuffisance des moyens que l'on a tentés jusqu'ici, de nouvelles tentatives pourront rendre peut-être nos instrumens assez parfaits pour remplir cet objet.

L'on se servoit autrefois pour arracher les dents, de diverses espèces de ténettes que l'on a désignées en raison de leurs formes, par les noms de Davier, de Pélican, &c., et de plusieurs

Planche LIX.

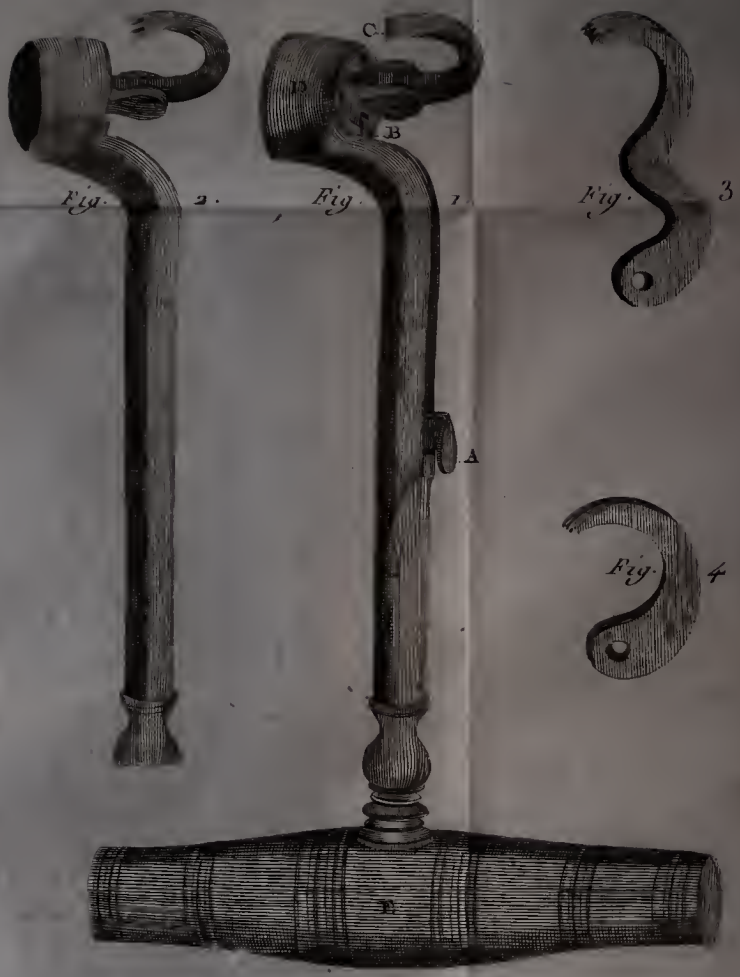


Fig. 2. *Fig. 1.* *Fig. 3* *Fig. 4*

Fig. 5.

Juillet Sculp.

plusieurs leviers tant droits que crochus ; mais il étoit très-difficile d'enlever les dents qui tenoient fortement avec ces instrumens, parce qu'ils étoient tous grossièrement construits. L'on a en conséquence proposé depuis des corrections; mais elles nous paroissent trop peu importantes pour en donner ici la description, ou même pour les faire graver; on les trouvera d'ailleurs dans les ouvrages de Garengeot, de Scultet, d'Hildanus, et d'autres auteurs du dernier siècle et des précédens. Nous nous bornerons à décrire les instrumens adoptés par les plus célèbres chirurgiens modernes; à proposer les corrections dont l'expérience a démontré l'utilité ; et à exposer la manière de s'en servir.

L'on emploie presque uniquement depuis long-temps en Angleterre, pour arracher les dents fort adhérentes, une espèce de levier connu sous le nom de Clef, qui est aujourd'hui très-généralement adopté dans différentes parties du continent, où on l'appelle Clef Angloise. Je l'ai fait graver planche LIX, fig. 1 et 2.

Pour opérer avec cet instrument, il faut, si on veut arracher une dent de la mâchoire inférieure, faire asseoir le malade sur une chaise vis-à-vis du jour, et faire soutenir la tête par un aide que l'on place derrière ; mais si l'on veut arracher une dent de la mâchoire supérieure, on fait asseoir le malade sur un oreiller, la tête tournée en arrière, et soutenue sur les genoux de l'opérateur qui, dans ce cas, doit être derrière, soit que la dent se trouve du côté droit ou du côté gauche : si la dent est au contraire du côté droit de la mâchoire inférieure, l'opérateur doit se placer un peu de

côté ; et si la dent est à gauche, il se placera de même au côté opposé. Pour faire usage de l'instrument avec autant d'aisance qu'il est possible, et éviter de déchirer les gencives, il séparera lentement et avec précaution toutes les parties molles adhérentes aux dents, en introduisant entre elles l'extrémité de la rugine, fig. 1, planche L ; et ensuite il songera à faire usage de la clef. Lorsque le malade a bien nettoyé sa bouche du sang qui y étoit, le chirurgien enfonce autant qu'il est possible entre la gencive et la dent, la pointe du crochet C, planche LIX, fig. 1 ; il la fixe solidement et la retient dans cette situation avec l'index de la main gauche, tandis qu'il porte le point d'appui D aussi loin qu'il le peut sur les gencives du côté opposé de la dent ; il emploie de la main droite autant de force qu'il juge nécessaire pour enlever la dent ; et en tournant suffisamment la main, il n'y a presque pas de dent qu'il ne puisse extraire d'un seul coup sans soulever l'instrument : quand néanmoins la dent oppose beaucoup de résistance, comme il arrive sur-tout aux grosses molaires, dont les racines sont très-divergentes, il vaut mieux, dès qu'elle est fort ébranlée, retirer l'instrument, tourner le crochet du côté opposé, et l'appliquer de manière à faire tourner la dent de l'autre côté de la mâchoire, ce qui la rendra tellement vacillante, qu'il sera aisé de l'emporter avec le davier ordinaire, planche LXI, fig. 3.

Lorsque la dent que l'on veut enlever avec la clef angloise tient fortement, et quand sur-tout il ne se trouve que peu ou point d'espace entre elle et les dents voisines, il faut prendre garde

d'ébranler ces dernières. Pour prévenir cet inconvénient, on lime jusqu'en bas, quand on ne peut faire autrement, avec une très-petite lime, les bords de la dent que l'on veut arracher; et pour ne pas nuire aux dents voisines, on se sert d'un instrument absolument lisse et poli d'un côté.

Cette méthode est, à ce que je crois, la meilleure pour extraire les arrière-dents des deux mâchoires; on pourroit l'adopter également pour les incisives et les canines : mais ces dernières, c'est-à-dire, celles de devant, ainsi que toutes celles qui tiennent peu dans telle partie que ce soit de la mâchoire, peuvent s'enlever différemment, comme nous le décrirons par la suite.

Nous avons remarqué que les lames interne et externe des alvéoles différoient entre elles de force; mais cette différence est si légère, que l'on doit y faire peu d'attention lorsqu'on arrache une dent. La direction des racines des molaires n'est pas non plus une chose fort importante : car il est faux que ces dents se renversent plus facilement dans l'intérieur de la bouche, comme le prétendent quelques dentistes, parce que leurs racines s'étendent en général vers la partie externe de la mâchoire. La plupart des racines des grosses molaires divergent également vers les deux côtés de la mâchoire, de manière que l'on peut à cet égard aussi-bien les renverser d'un côté que de l'autre. Il y a néanmoins une exception pour les deux dernières molaires de la mâchoire inférieure; elles sont tellement situées, qu'il faut toujours les renverser intérieurement lorsqu'on se sert de la clef ordinaire. La base de l'apophyse coronoïde forme une avance aiguë et forte sur la partie externe de la mâchoire, exactement vis-à-vis les

racines de ces dents, de manière que quand on les renverse en dehors, le talon de l'instrument, qui appuie sur cette avance, doit nécessairement meurtrir et déchirer les gencives qui la recouvrent. On fait rarement attention à cette circonstance, et j'en ai souvent vu résulter beaucoup de mal. Lorsqu'une dent est fort gâtée d'un coté, il est d'un usage presque généralement reçu, de fixer pour l'arracher l'extrémité du crochet sur le côté sain; et comme on juge cela nécessaire, on le donne comme une preuve qu'il faut absolument, dans quelques cas, renverser vers le côté externe de la mâchoire l'une des dents même dont nous avons parlé. Mais il n'y a aucune nécessité d'adopter généralement cette pratique: car, quoique l'on convienne qu'il vaut mieux fixer le crochet de l'instrument sur le côté le plus sain de la dent, et la renverser du côté opposé, l'on peut avec très-peu de peine et d'attention suivre l'inverse, peut-être dans tous les cas, avec autant de succès; parce que l'on est presque toujours maître, en faisant un usage convenable de la rugine, de séparer suffisamment les gencives pour faire descendre l'extrémité du crochet aussi bas sur la racine, qu'il le faut pour renverser aisément la dent du côté opposé.

L'on peut néanmoins construire la clef de manière à renverser même les deux dernières molaires postérieures en dehors, sans blesser les gencives qui recouvrent l'apophyse dont nous avons parlé. L'on a gravé, planche LIX, fig. 3, une clef propre à cet objet, que j'ai proposée il y a plusieurs années, et dont je me suis souvent servi. L'on appuie le talon de l'instrument sur les gencives au-dessous des pre-

mières grosses molaires, et l'on baisse le crochet de manière à l'appliquer sur les deux dents postérieures que l'on renverse ainsi sans danger. Le talon doit être très-long, pour descendre fort au-dessous de la gencive, sans quoi il ne pourroit remplir aussi-bien cet objet particulier. Il seroit donc à propos de donner plus de longueur à ce talon qu'il n'en a communément; car lorsqu'il est court, il a beaucoup moins de force, et il est plus sujet à briser la dent que quand il est plus long. Je sais que l'on s'est efforcé de prouver le contraire de ce que je viens d'avancer; mais je suis convaincu, après avoir fréquemment essayé les deux méthodes, que la clef à talon long est fort préférable. L'on objecte qu'elle doit beaucoup plus meurtrir la gencive que celle dont le talon est court. Il suffit d'examiner attentivement l'objet dont il s'agit, pour se convaincre que cela n'est pas: car le talon, même le plus court, doit porter sur une partie de la gencive; si, pour éviter cet inconvénient, on l'appliquoit sur la dent qui est directement vis-à-vis la pointe du crochet, comme on l'a conseillé, il agiroit à-peu-près de même que le davier ordinaire, et n'auroit pas plus de force: le talon long, au contraire, ne blesse point les gencives, comme on se l'imagine communément, en proportion de sa longueur: car, quoique le côté plat s'applique d'abord sur les gencives, il n'y a, dès qu'il commence à agir, que le bout de son extrémité qui y touche; c'est pourquoi il faut que cette partie soit, ainsi que le reste du talon, aussi lisse qu'il est possible: il nuira moins en raison de cette structure en tournant sur la gencive, que l'instrument ordinaire dont le talon est rude.

Nous avons remarqué que les lames externe et interne des alvéoles différoient si peu de force, qu'elles n'exigeoient pas qu'en arrachant la dent on fît attention au côté sur lequel on la renversoit. Quand même cette différence seroit plus considérable qu'elle ne l'est réellement, elle ne mériteroit aucun égard, parce qu'en renversant la dent comme nous l'avons dit, savoir, dans une direction oblique ou de côté, il est évident qu'il faut briser l'alvéole des deux côtés; au moins toutes les fois que les racines de la dent sont d'une longueur ordinaire, et qu'elles ne sont pas raccourcies par la maladie, comme il arrive quelquefois : car lorsque l'on renverse la couronne de la dent sur un des côtés de l'alvéole, l'extrémité de la racine doit nécessairement se porter à-peu-près dans la même proportion sur le côté opposé. Les parties molles, il est vrai, n'en souffriront pas autant, parce qu'elles ne seront pas meurtries par le talon de l'instrument; mais il est évident que l'alvéole doit toujours en être beaucoup affectée: ainsi, de quelque manière que l'on considère cet objet, la différence que l'on suppose exister, quant à la force entre les deux lames qui forment les alvéoles des dents, mérite peu d'attention dans cette opération.

Néanmoins comme il est de la plus grande importance d'épargner autant qu'il est possible les deux côtés des alvéoles, il ne faut rien négliger de ce qui peut les mettre à l'abri. L'on a en conséquence inventé une clef qui, par sa forme, soutient les gencives et les alvéoles en même temps qu'on soulève et sépare la dent de ces parties, en tournant l'instrument de la manière ordinaire. Mais si l'on soutient

tellement l'alvéole qu'elle ne puisse prêter quand on presse la dent dessus, il est fort à craindre que cette dernière ne se brise ; et si l'instrument n'est pas appliqué de façon à produire cet effet, il a l'inconvénient d'être plus compliqué, et plus difficile à manier que la clef ordinaire, sans procurer aucun avantage de plus. Néanmoins cette invention est ingénieuse, et peut suggérer de nouveaux moyens de perfectionner l'art d'extraire les dents (1).

Lorsque l'on renverse une dent avec la clef, on a coutume de la faire sortir d'un seul coup. Quoique cette méthode puisse fréquemment réussir, elle ne vaut rien; car lorsque les racines sont fort divergentes, et qu'une portion est grosse, comme il arrive quelquefois, on coure grand risque de les briser, et d'endommager en outre beaucoup plus l'alvéole que quand on ébranle la dent, comme nous l'avons indiqué, en la tournant d'abord d'un côté, puis de l'autre avec la clef, pour l'enlever ensuite avec le davier ordinaire. En opérant lentement et faisant une pression égale et insensible, la clef ne produit aucun dommage important, pourvu que le talon soit convenablement recouvert de plusieurs plis de vieux linge mol. Lorsqu'on applique au contraire sur la gencive même un instrument dur, sans l'intermède d'aucune substance molle, et que l'on renverse la dent comme on a coutume, par une secousse subite, on meurtrit et déchire

(1) Cet instrument est du docteur Jean Aitken. On peut en voir de plus grands détails dans le livre intitulé : *Essays on several important subjets on Surgery.*

considérablement les gencives, on brise beaucoup plus l'alvéole, et on coure de bien plus grands risques de casser la dent que quand on la renverse plus lentement. Il est naturel que les malades qui ignorent le danger, desirent que l'opération soit faite promptement; mais on ne peut pardonner au chirurgien de leur complaire : un peu de réflexion suffit pour le convaincre que cela ne peut guère se faire sans un grand danger de briser la mâchoire ou la dent.

Quelque précaution que l'on prenne en opérant, il en résulte quelquefois de fâcheux accidens : les principaux sont, la meurtrissure des gencives; les esquilles d'os qui se séparent de la mâchoire; et des hémorrhagies alarmantes.

Le déchirement, ou même la meurtrissure des gencives, est une partie très-douloureuse de l'opération : il faut, pour la prévenir autant qu'il est possible, couvrir le talon de l'instrument comme nous l'avons dit, et même tâcher de ne pas s'en servir lorsque les gencives sont fort enflammées : car tant que l'inflammation subsiste, l'opération est nécessairement plus dangereuse. Si une petite portion de la gencive est fort séparée du reste, il faut, pour éviter l'effet du déchirement, l'enlever avec des ciseaux; faire de temps en temps des fomentations dans la bouche avec du lait ou quelque décoction émolliente tiède; et s'il y a des signes qui indiquent la suppuration, on l'aidera en appliquant en guise de cataplasme des figues cuites au feu. S'il survient un abcès on en accélérera de cette manière la maturité; et s'il ne perce pas promptement, on en fera l'ouverture : mais dans les cas de con-

tusions légères, rien ne modère davantage la douleur que les applications dont nous avons parlé.

Lorsque l'os se brise, il en résulte communément peu de douleur si le mal est borné à l'alvéole, et il n'est même guère nécessaire d'en parler au malade : mais si la fracture s'étend sur la partie la plus solide de la mâchoire, ce qui est sujet à arriver aux enfans, quand on n'opère pas avec la plus grande attention, il en résulte communément un ulcère très-long à guérir, et qui ne se cicatrise pas aisément tant qu'il reste quelques esquilles peu adhérentes à l'os ; il faut en conséquence enlever sur le champ celles qui sont entiérement détachées ; néanmoins comme il est rare qu'elles soient assez complettement séparées pour se détacher à l'instant même avec facilité, on ne fera aucun effort, parce qu'elles tomberont bientôt d'elles-mêmes ou pourront s'enlever sans difficulté, dès que le pus sera parfaitement formé. Il est probable qu'en empêchant ensuite le pus de s'accumuler, l'ulcère se cicatrisera facilement, si la constitution est saine d'ailleurs.

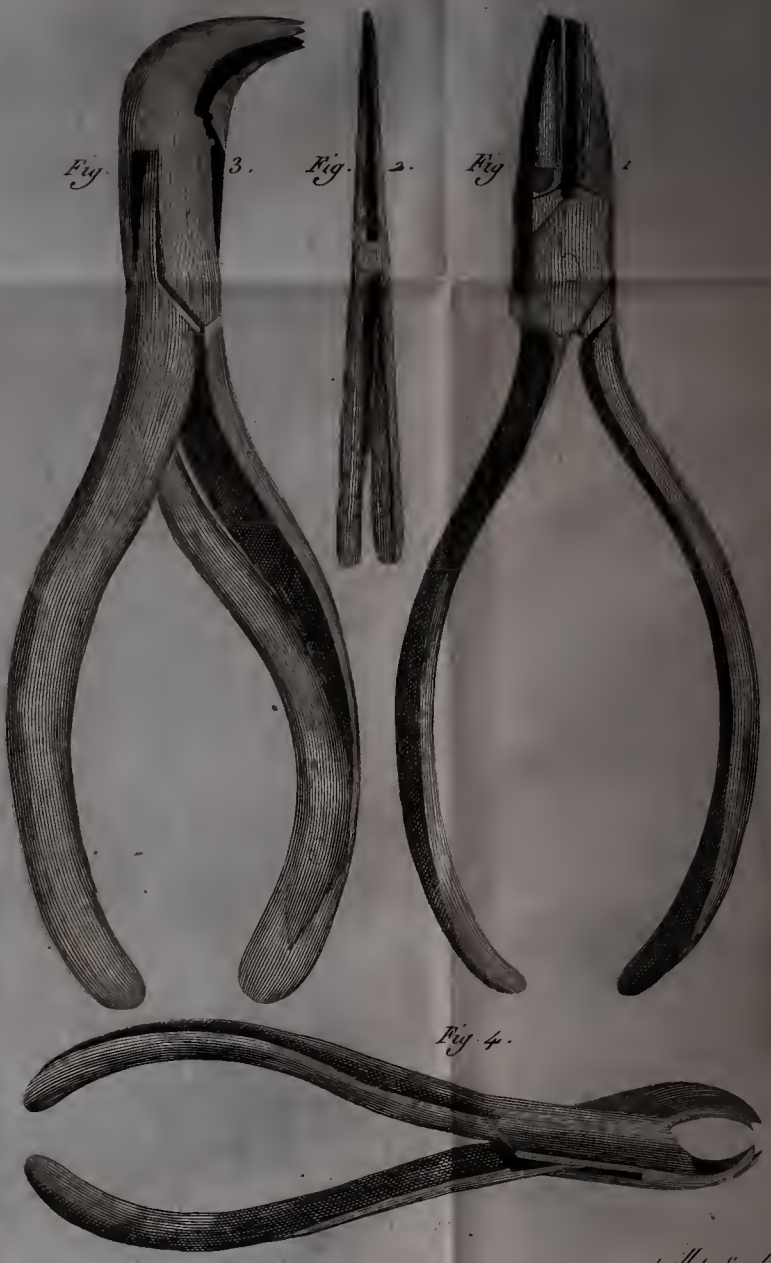
Il est rare qu'il survienne de grandes hémorrhagies après avoir arraché une dent ; car les vaisseaux qui se portent aux dents sont si petits, qu'il n'est guère possible qu'ils rendent beaucoup de sang. Néanmoins, lorsque les racines des dents pénètrent fort profondément dans la mâchoire, et que l'on use de beaucoup de force en arrachant la dent, il est possible d'ouvrir quelques grosses artères des parties contiguës ; je crois que c'est ainsi que sont survenues les hémorrhagies inquiétantes que l'on a observées quelquefois. L'on conseillera d'abord au malade

de se remplir fréquemment la bouche d'eau froide, de vin rouge, d'eau-de-vie, de vinaigre, ou même d'esprit de-vin; il suffit communément d'en faire usage une seule fois pour réussir : mais dans le cas contraire, il faut recourir à d'autres moyens; le plus aisé est la compression. On adapte à l'ouverture un bourdonnet de charpie mollette, que l'on y fait entrer; l'on recommande au malade de comprimer continuellement ce bourdonnet en tenant la bouche fermée; il est rare que ce moyen continué un temps suffisant ne réussisse pas. J'ai néanmoins vu des cas où tous les essais de ce genre ont été inutiles, et où l'hémorrhagie est devenue si forte, qu'elle a produit la syncope et d'autres symptomes désagréables. On ne doit compter alors que sur le cautère actuel; et il faut même l'appliquer hardiment, sans quoi on n'en retireroit aucun avantage. On peut dans quelque cas remplir le même objet, en introduisant dans l'ouverture un peu de pierre infernale; mais ce moyen est moins sûr que l'autre, et l'on risque davantage, parce que la pierre infernale peut s'étendre sur les parties saines et les blesser.

La clef que nous avons recommandée est peut-être le meilleur instrument que l'on connoisse pour renverser les dents dans une direction oblique ou latérale; il y en a cependant plusieurs autres dont on se sert dans différentes parties de l'Europe, qui agissent à-peu-près d'après les mêmes principes : mais comme ils sont moins parfaits, je n'ai pas cru devoir les faire tous graver ici; je me suis borné à deux, qui se trouvent planche LX, fig. 1 et 2, pour en donner une idée à ceux qui n'auroient pas eu occasion de les voir. Ces instrumens, quoique pré-

Planche LX.

Planche LXI.



Miller Sculp.

férables à tous ceux que j'ai vus, sont fort inférieurs à la clef: ils agissent avec beaucoup moins de force; et ils ont le défaut essentiel de ne pouvoir jamais s'employer pour renverser les dents dans l'intérieur de la bouche.

Telle est la manière d'arracher les dents fort adhérentes qui se trouvent dans la partie postérieure de la bouche. On peut, comme nous l'avons dit, renverser avec les mêmes instrumens les dents de devant, en dedans ou en dehors, en appliquant convenablement la clef: mais cela peut aussi s'exécuter avec des instrumens qui ne meurtrissent pas les gencives, et qui par conséquent méritent peut-être dans tous les cas la préférence.

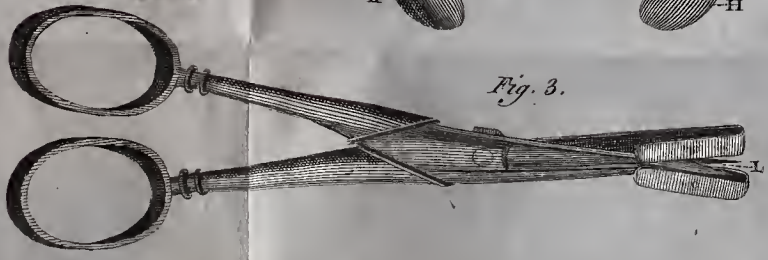
Les incisives et les canines, et même les deux petites molaires, n'ont qu'une racine; c'est pourquoi elles ne sont jamais si adhérentes à la mâchoire que les grosses molaires, et s'arrachent plus aisément; ce que l'on peut en général exécuter avec le davier ordinaire de la planche LXI, fig. 1, 3 ou 4. Lorsqu'on se sert de cet instrument, il faut l'enfoncer sur la dent le plus bas qu'il est possible, autrement on risque d'en briser la couronne ou la partie supérieure, et de laisser la racine; on ne doit jamais tirer la dent directement en haut, mais la faire tourner alternativement de droite à gauche, jusqu'à ce qu'elle ne tienne presque plus, car alors on l'enlève sans peine.

Il y a néanmoins des cas où ces dents sont trop adhérentes pour les arracher avec cet instrument: c'est ce qui nous a déterminé à faire graver un davier très-ingénieux qui agit avec plus de force, et qui a été publié pour la première fois dans le British Magazine de

l'année 1762. Il est gravé planche LXII, fig. 1 et 2. La fig. 1 représente le davier ordinaire à branches mobiles. On voit en A l'axe des branches. Fig. 2, le point d'appui. B, C est le manche qui part obliquement de B, ce qui le rend plus aisé à appliquer. B, F, D, est une plaque de fer recouverte en dessous d'une peau de bufle molle; et E, est l'autre côté de la même plaque qui est rond, lisse et nud. L'on saisit avec le davier, fig. 1, la dent que l'on veut arracher, l'on place ensuite le point d'appui B, F, D, sur les dents voisines; alors en posant le davier sur la partie ronde de la plaque E, et donnant un mouvement convenable au levier G, H, I, K, on enlève la dent. On peut arracher avec cet instrument les dents qui tiennent peu, en les tirant dans une direction presque droite; et l'on prétend que cela peut se pratiquer même sur celles qui tiennent fortement, pourvu que leurs racines ne soient pas fort divergentes, et qu'il n'y ait pas d'adhérences osseuses entre elles et les alvéoles: mais, pour prévenir les suites fâcheuses qui pourroient résulter si on usoit d'une force considérable, l'auteur anonyme de l'instrument conseille, au lieu de tenter de tirer directement en haut les dents fort adhérentes, de les contourner un peu en dehors, ce qui les ébranle suffisamment pour les enlever avec beaucoup de facilité dans une direction presque perpendiculaire.

L'on retire, à ce que l'on prétend, les avantages suivans du davier à branches mobiles: lorsque l'on se sert du davier ordinaire dont les branches sont immobiles, il faut, si la dent est fortement attachée, l'enlever obliquement, ou lâcher prise, et fixer de nouveau l'instru-

Planche LXII.



ment : lorsque au contraire les branches sont mobiles, on n'abandonne jamais la dent que l'on a saisie, et on l'enlève dans une direction presque perpendiculaire ; car les branches en tournant sur leur centre, retomberont toujours sur la dent, et l'éleveront en conséquence dans une ligne presque absolument droite.

Nous avons eu plusieurs fois occasion d'observer que quand l'on arrachoit une dent, la partie la plus douloureuse de l'opération étoit la contusion et le déchirement des gencives et des alvéoles, ce que l'on ne peut entièrement éviter en se servant de la clef. L'objet principal du davier dont nous venons de donner la description, étant d'arracher la dent dans une direction droite, ce qui met presque absolument les gencives et les alvéoles à l'abri, on pourroit le regarder comme supérieur à tous ceux que l'on a inventés jusqu'ici, s'il n'étoit sujet à de très-grands inconvéniens. L'habile auteur de ce davier pense que l'on peut s'en servir pour arracher quelque dent que ce soit ; même les grosses molaires : mais cela ne doit jamais se tenter, parce qu'il n'est pas possible d'ouvrir suffisamment la bouche pour appliquer convenablement l'instrument ; on ne peut donc s'en servir, comme nous l'avons déjà observé, que pour enlever les dents de devant. En outre, le point d'appui se trouvant sur les dents voisines, il est très-difficile de ne pas les endommager lorsque la dent que l'on veut arracher tient fortement, quoique l'on fasse la compression autant qu'il est possible suivant la direction de leurs racines ; et si on n'apporte pas la plus grande attention à cette circonstance, elles sont sujettes à se briser, ou même à être en-

tièrement poussées hors de leurs alvéoles. On peut cependant se servir de cet instrument avec un grand avantage, dans tous les cas où les dents tiennent médiocrement, sur-tout pour celles de devant, toutes les fois qu'il ne faut pas beaucoup de force pour les arracher : car si l'on reconnoît, lorsqu'on a fait une tentative, qu'il est nécessaire d'employer un degré de force extraordinaire, la prudence exige que l'on abandonne ce davier, et que l'on termine l'opération avec un autre instrument. On peut se servir, comme nous l'avons déjà dit, de la clef ordinaire; ou ébranler la dent avec l'un des instrumens gravés fig. 1 et 2, planche LX; et l'enlever ensuite avec ces mêmes instrumens ou avec le davier ordinaire.

Nous avons supposé jusqu'ici que la dent que l'on se proposoit d'arracher n'étoit cariée qu'en partie, et qu'il restoit une grande portion de la couronne. Mais lorsque la dent est tellement gâtée, que toute sa partie supérieure est tombée, et qu'il ne reste rien ou presque rien au-dessus des gencives, elle est alors réduite à ce qu'on appelle communément un chicot.

Lorsque la maladie est à ce degré, l'union qui subsistoit entre les racines qui restent et les alvéoles, éprouve un changement très-important. La couronne emportée, les racines, quel qu'en soit leur nombre, se séparent toutes les unes des autres, parce qu'elles n'avoient que ce seul point de reunion. Alors elles sont moins adhérentes aux alvéoles, que quand leurs portions divergentes unies entre elles supérieurement, tendoient à se soutenir mutuellement; mais elles deviennent encore plus lâches par la disposition à la dissolution et à la

carie, qui est très-remarquable lorsque les dents sont dans cet état. Une grande portion de la couronne peut se carier et tomber, sans que les racines de la dent s'en ressentent; néanmoins je connois à peine un exemple où elles n'aient éprouvé une diminution remarquable, lorsque la couronne étoit complètement tombée depuis long temps. J'ai même vu quelquefois les longues racines des plus grosses molaires presque complètement détruites, et réduites à une petite parcelle ou deux d'os carié; elles deviennent alors très-lâches, et elles tiennent si peu à la mâchoire, qu'elles s'enlèvent bien plus facilement qu'une grosse dent. Le défaut d'usage seul peut avoir suggéré aux chirurgiens en général, l'idée qu'un chicot étoit au contraire plus difficile et plus douloureux à arracher qu'une grosse dent; car tous ceux qui sont fort exercés dans cette branche de chirurgie, savent qu'il est beaucoup plus douloureux, plus dangereux, et plus difficile d'arracher une dent entière qui tient fortement, que d'enlever plusieurs chicots.

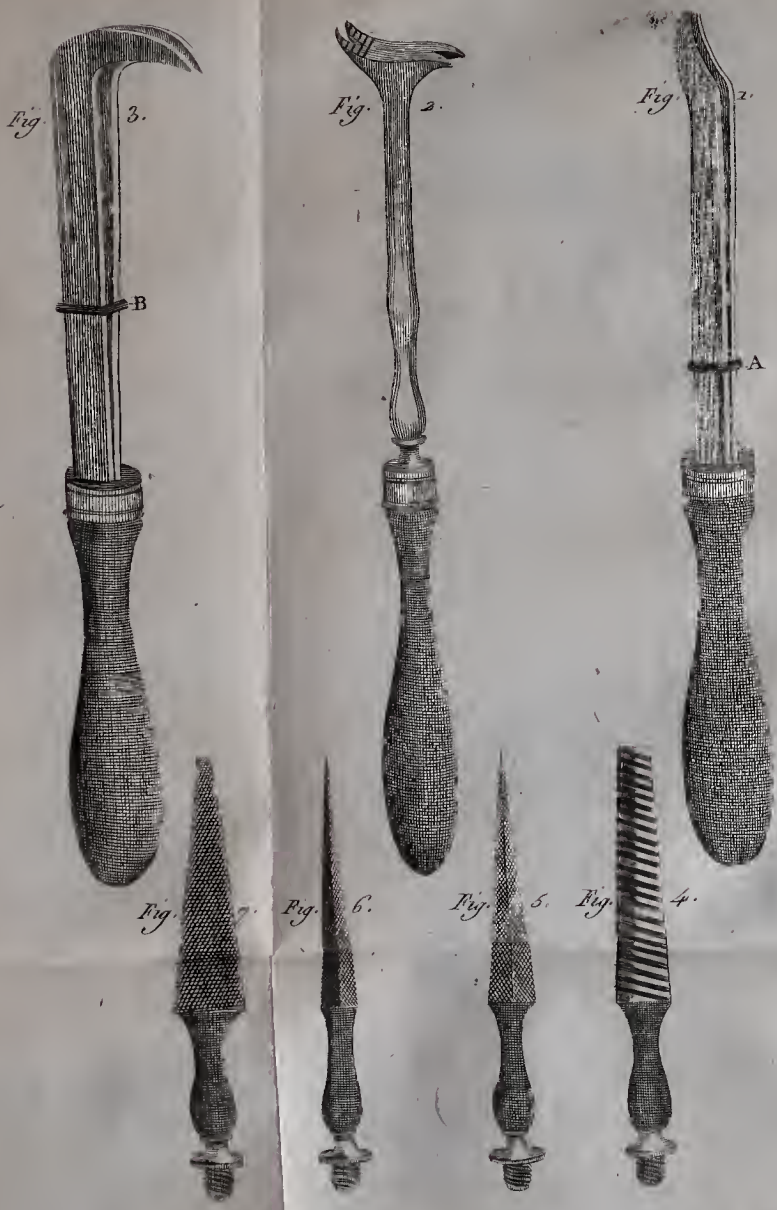
Lorsque l'on peut enfoncer suffisamment la pointe du crochet pour bien saisir le chicot, on l'enlève avec la clef de même qu'une grosse dent. On ne doit pas cependant conseiller en général ce moyen, parce que l'on peut communément employer suffisamment de force en se servant d'instrumens qui ne blessent pas les gencives, et qui évitent la partie la plus douloureuse de l'opération. Cette méthode est la plus aisée, quand il est possible de saisir le chicot avec le davier ordinaire ou avec un de ceux à branches mobiles; mais on ne peut éviter d'enlever avec un simple levier le chicot, quand il est presque

réduit à rien, ou même entièrement recouvert par les gencives, et qu'il n'est pas possible de porter assez bas l'extrémité du davier. Ce levier s'appelle repoussoir : on en a fait graver plusieurs, planche LXIII, fig. 1, 2 et 3. Il faut, avant d'en faire usage, séparer entièrement les gencives du chicot avec la rugine, porter le repoussoir le plus bas possible sur la racine, et employer un degré de force suffisant pour la faire sortir entièrement de l'alvéole : dès qu'on a ainsi enlevé une des racines, on se conduit de même pour les autres.

Cette opération, quoique simple et aisée pour ceux qui sont accoutumés à se servir du repoussoir, est souvent difficile et longue pour d'autres. L'on insinue communément, pour avoir plus de force, la pointe de l'instrument le plus avant que l'on peut sur l'extrémité des racines : mais en agissant ainsi, une grande partie de la force que l'on emploie se perd contre les alvéoles du côté opposé, qui, étant plus solides et plus fortes vers la base de la mâchoire, ne prêtent pas autant dans cet endroit que dans ceux où elles sont plus minces et moins fortement soutenues. Il vaut mieux en général n'introduire l'instrument qu'autant qu'il est nécessaire pour que sa pointe ait un point d'appui convenable ; car l'expérience m'a appris qu'on enlevoit ainsi beaucoup plus facilement un chicot que de toute autre manière. Lorsqu'on ne l'emporte pas d'un seul coup avec le repoussoir, et qu'il n'est que fort ébranlé, on peut le saisir avec le davier, et l'enlever comme nous l'avons déjà dit.

Le repoussoir représenté planche LXIII, fig. 1, réussit en général très-bien ; il procure assez de force pour repousser la racine vers la partie

Planche LXIII



Faillet Sculp

partie opposée de la mâchoire ; quelquefois néanmoins la partie supérieure de la racine est conformée de manière qu'il n'est pas possible de la saisir avec une force suffisante dans cette direction ; on se sert alors du crochet ou levier courbe de la fig. 5, avec lequel on tire ou élève le chicot dans une direction contraire.

La méthode que je viens de décrire pour arracher les dents, m'a paru, d'après l'expérience, la plus sûre et la plus aisée. L'on trouve dans les auteurs, plusieurs instrumens dont je n'ai pas parlé, à l'aide desquels ceux qui les ont inventés prétendent opérer avec plus de facilité : mais comme ce qu'ils ont avancé sur cet objet n'est pas confirmé par l'expérience et l'observation, il n'entroit pas dans mon plan d'en parler.

§. II. *Du mal de Dents produit par l'inflammation.*

Les symptômes ordinaires au mal de dents surviennent en général, comme nous l'avons déjà remarqué, quand le nerf est mis à nud par la carie d'une dent, ou par la destruction de l'émail à la suite d'une violence externe. Quelquefois cependant ils sont l'effet de l'inflammation seule de la membrane qui environne la racine d'une dent, ou des parties qui se trouvent dans le corps de la dent. Cette cause se reconnoît aux douleurs vives permanentes que l'on ressent dans une dent qui paroît saine à l'extérieur, sur-tout lorsqu'on ne peut douter que ces douleurs sont survenues pour être resté long-temps exposé au froid ; ou bien, quand elles sont accompagnées d'autres

symptomes d'inflammation, tels que l'état inflammatoire de la joue voisine, la tumeur et la suppuration des gencives contiguës, &c.

Le plus souvent l'on peut reconnoître que cette variété du mal de dents est l'effet de la cause dont nous avons parlé, c'est-à-dire, de l'action du froid: néanmoins elle est quelquefois due à des causes d'une nature différente: tout ce qui est capable d'enflammer les autres parties du corps, produit le même effet en agissant sur la membrane qui environne la racine d'une dent: et l'expérience nous apprend que l'inflammation de cette membrane est quelquefois causée par un gonflement particulier, par un nœud dur ou exostose qui se forme de temps en temps à l'extrémité de la racine des dents. La douleur qui est peut-être produite d'abord par la dilatation seule, se termine communément par un degré très-violent d'inflammation. L'inflammation de ces parties, quelle qu'en soit la cause, est toujours caractérisée par une douleur plus vive que celle qu'occasionnent communément les affections semblables des autres parties, parce que l'os qui environne les racines des dents, les empêche de se prêter aussi facilement à la dilatation des vaisseaux, qui est inséparable de l'inflammation.

Les remèdes qui en général réussissent le mieux dans cette variété de maladie, sont les mêmes que ceux qui conviennent dans les affections inflammatoires des autres parties. La saignée locale, qui se pratique en scarifiant les gencives voisines avec une lancette, ou en y appliquant des sang-sues, produit souvent du soulagement. J'ai vu la douleur se dissiper en-

tièrement en mettant un vésicatoire sur le côté opposé à la partie affectée : et l'on tire souvent de grands avantages d'une forte dose de laudanum ; ce remède, en diminuant la douleur pour un temps, modère l'irritation, et contribue ainsi à calmer l'inflammation. Il faut se bien couvrir la tête avec de la flanelle pour y entretenir la chaleur ; cette précaution est essentielle pour tous ceux qui sont sujets au mal de dents, quelle qu'en soit la cause, mais sur-tout quand il est produit par l'inflammation : la vapeur même des herbes émollientes, ou de l'eau chaude seule, dirigée vers la tête, soulage souvent dans ce cas lorsque tous les autres remèdes n'ont produit aucun effet. L'eau froide, le vinaigre, ou les esprits ardens, gardés dans la bouche, sont quelquefois avantageux : les applications chaudes sont cependant en général plus utiles dans cette variété du mal de dent.

Ces remèdes continués un temps convenable, dissipent communément la douleur ; et il faut sur-tout y insister dans le mal de dents produit par l'inflammation ; car cette maladie n'est pas, comme l'on sait, sujette à revenir, quand elle est une fois dissipée. Si néanmoins l'on ne retire aucun avantage de ces applications, on ne peut se dispenser d'arracher la dent : c'est souvent l'unique remède sur lequel on puisse compter. Nous avons déjà conseillé d'enlever toujours d'une manière lente et insensible les dents qui tiennent fortement, pour éviter qu'elles ne se rompent, et que la mâchoire ne soit aussi endommagée, qu'il arrive communément lorsque l'on tire la dent avec force et brusquement. Cette précaution est particulièrement nécessaire dans le cas dont nous parlons ; car lorsque

la douleur est uniquement produite par l'inflammation, et qu'aucune partie de la dent n'est cariée, les racines sont toujours entières, et tiennent plus fortement que quand la couronne étant en grande partie détruite, les racines sont nécessairement plus ou moins usées. D'ailleurs, lorsque la douleur et l'inflammation sont produites, comme je l'ai déjà remarqué, par le gonflement ou l'exostose de la racine, ce qu'on ne peut reconnoître avant l'opération, la dent se brise toujours, si on la fait tourner brusquement; la partie tuméfiée reste dans l'alvéole, et on ne tire presque aucun avantage de l'opération, qui fait pour l'ordinaire infiniment souffrir le malade.

Lorsque l'on a enlevé une dent où l'on ne découvre aucune marque de carie, quelques chirurgiens conseillent de la replacer, et de la lier aux dents voisines jusqu'à ce qu'elle tienne suffisamment. J'ai suivi plusieurs fois cette méthode; mais je crois devoir observer qu'elle manque souvent, parce que l'on en fait, à ce que je présume, l'essai, lorsque la dent est encore dans un état d'inflammation. Je sai qu'elle a souvent réussi quand la douleur dépendoit que de la dent, et qu'il n'étoit survenu aucun symptome d'inflammation : dans le cas au contraire où la membrane qui reconvre les racines des dents, ou même uniquement les parties contiguës, est fort enflammée, ce moyen est rarement avantageux, et on ne peut jamais le tenter sans qu'il en résulte beaucoup de douleurs et d'embarras. On ne doit donc jamais le conseiller indistinctement dans tous les cas, comme on le fait souvent.

§. III. *De la douleur de Dents, produite par les affections des parties éloignées.*

Il est rare que les symptomes de l'odontalgie se portent au plus haut degré et s'étendent sur une dent ou deux, ou même plus, sans que l'on ne puisse découvrir par l'examen le plus scrupuleux aucune apparence de maladie; ni s'assurer en conséquence qu'il n'y en a pas de cariée, de manière que tout porte à croire que la maladie n'est pas l'effet de l'inflammation.

Dans ces cas, comme le malade répugne toujours à se laisser arracher une dent qui paroît d'ailleurs saine, l'on a recours à tous les remèdes usités contre le mal de dents, tels que les vésicatoires, — les sang-sues, — les esprits ardens et les huiles essentielles actives que l'on applique sur la partie douloureuse, &c. et après avoir ainsi tourmenté inutilement pendant quelques jours le malade, on recommande d'arracher la dent, comme le seul remède infaillible. L'on se soumet enfin à cette alternative douloureuse, et malheureusement on n'en retire aucun avantage. L'on enlève d'abord la dent où sembloit particuliérement résider la douleur: mais comme elle devient bientôt aussi forte dans les dents contiguës, on les arrache en différens temps, au point que j'ai vu emporter toutes les dents d'un côté, et la douleur continuer toujours avec la même violence dans les mâchoires et les gencives.

Dans ces circonstances, l'on parvient souvent à reconnoître que la douleur de la dent dépend de l'affection de quelque autre partie, et qu'aucun remède ne peut réussir si on ne le dirige

vers la maladie primitive. Le rhumatisme est quelquefois la source du mal ; — ou d'autres fois la diathèse arthritique ; — il est souvent un symptome de l'affection hysterique ; — les femmes grosses y sont très-sujettes ; — et il dépend fréquemment de la saburre de l'estomac.

Lorsque le mal depend de la saburre contenue dans l'estomac, ce que l'on reconnoît souvent par l'état de la langue, et par d'autres circonstances, les vomitifs sont le remède le plus efficace ; je les ai vu dissiper presque en un instant un mal de dents des plus violens, qui avoit résisté plusieurs semaines à tout autre remède. Lorsque l'estomac est suffisamment nettoyé, le quinquina donné à grande dose empêche souvent le retour de l'odontalgie ; sur-tout lorsque les accès reviennent périodiquement, comme il arrive quelquefois, avec tant de régularité, que l'on peut soupçonner qu'ils tirent leur source d'une disposition à la fièvre intermittente.

Dans cette variété d'odontalgie qui dépend de l'estomac, on ne tire aucun avantage du laudanum. Il semble même, loin de calmer la douleur, rendre à tous égards la situation du malade plus fâcheuse par le mal-aise qu'il produit. Mais dans les cas où la maladie tire son origine du rhumatisme, de la goutte, ou de l'affection hysterique, les narcotiques dissipent en général absolument la douleur ; et souvent il suffit pour en prévenir le retour de tenir les parties suffisamment échauffées. Le laudanum uni avec l'éther, réussit quelquefois chez les femmes hystériques, lorsque les narcotiques donnés sous toute autre forme n'ont produit aucun effet.

L'on prescrit encore fréquemment les narcotiques dans le mal de dents que produit la grossesse ; néanmoins il est rare qu'on en retire quelque avantage. Je conviens qu'étant donnés à forte dose, ils modèrent quelquefois la douleur pour peu de temps ; mais rien ne m'a paru plus efficace, pour prévenir le retour de la douleur, que la saignée. Il suffit quelquefois de tirer beaucoup de sang, en appliquant les sang-sues sur les gencives voisines ; cependant, comme dans ces cas la douleur paroît dépendre d'une pléthore générale, il est souvent plus avantageux de vuider les vaisseaux en tirant huit, dix, ou douze onces de sang du bras. J'ai vu la saignée guérir sur le champ des femmes qui éprouvoient depuis plusieurs semaines des douleurs de dents très-vives, et que l'extraction de la dent, les narcotiques, les vésicatoires, ni tout autre remède n'avoient pu soulager.

Lorsqu'on reconnoît que la dent que l'on a arrachée est dans les circonstances dont nous venons de parler, c'est-à-dire, qu'il n'y a ni inflammation, ni carie considérable, il est très-à-propos d'essayer de la replacer. On la remet, autant qu'il est possible, dans sa situation naturelle, après l'avoir bien nettoyée du sang dont elle étoit recouverte, ainsi que l'alvéole, et on l'attache aux dents voisines jusqu'à ce qu'elle soit suffisamment affermie.

SECTION X.

De la transplantation des Dents.

Il est si beau et si utile d'avoir toutes les dents saines, que l'on ne doit pas être surpris que le génie fertile des artistes modernes se soit exercé à chercher les moyens de réparer la perte de celles qui sont tombées par accident ou par maladie. L'on connoît depuis long temps la méthode de réparer les défauts de ce genre avec des dents artificielles, ou même avec un ratelier complet; et plusieurs dentistes ont porté cet art à un grand degré de perfection: mais l'art de transplanter une dent de la bouche d'un homme vivant dans celle d'un autre, est une invention moderne. La proposition seule d'une opération aussi délicate méritoit le plus grand accueil; et rien ne peut davantage relever l'art du chirurgien, que de perfectionner cette opération. Il est néanmoins aisé de voir qu'elle n'est pas admissible dans tous les cas. Différentes circonstances concourent à la rendre praticable; néanmoins on y réussit en général toutes les fois qu'elle est très-nécessaire.

I. La transplantation des dents ayant plutôt pour objet d'éviter la difformité qu'aucun avantage réel, on ne la regarde guère comme nécessaire pour les grosses molaires; on ne peut même l'y pratiquer que rarement, parce que leurs racines divergent souvent d'une manière très-incertaine, et que faute de pouvoir déterminer, avant de les arracher, leur nombre et leur longueur, il est en général impossible de se procurer des dents capables de remplir

exactement le vuide qui reste. Cette pratique est donc presque bornée aux incisives et aux canines : on est néanmoins à-peu-près aussi sûr de réussir pour les petites molaires, parce qu'elles n'ont qu'une racine, et que quand il y en a deux, elles sont communément réunies.

II. Il faut, pour être certain du succès, que les alveoles et les gencives soient parfaitement saines, exemptes de scorbut et de virus vénérien ; le malade ne doit aussi subir cette opération que fort long-temps après une salivation. Le mercure, pris même en petite quantité, laisse souvent les gencives dans un état de mollesse spongieuse, qui s'oppose tant qu'il subsiste à ce qu'on y pratique aucune opération : ainsi ceux qui veulent qu'on leur remette des dents étrangères, doivent éviter avec soin de contracter aucune maladie qui rende l'usage du mercure nécessaire (1). L'on a prétendu que l'abcès des gencives étoit un obstacle à cette opération ; néanmoins cela ne doit pas arrêter, lorsque toutes les autres circonstances concourent à la rendre convenable : elle ne réussit pas, il est vrai, lorsque l'alvéole qui environne la dent est cariée ; mais l'on sait que l'abcès des gencives a souvent lieu sans que l'alvéole soit affectée.

III. Le succès de l'opération dépend en grande partie de l'état des alvéoles ; il ne suffit pas qu'elles soient saines, il faut de plus qu'elles aient conservé toute leur longueur, et qu'il

(1) M. Jean Hunter, homme très-habile, recommande particuliérement cette précaution, dans son *Treatise on the diseases of the Teeth*, p. 98.

n'y manque rien : il est rare que l'on réussisse lorsque la dent est réduite depuis long-temps à l'état de chicot, parce qu'alors les racines se détruisent communément, et perdent une grande partie de leur longueur et de leur épaisseur ; les alvéoles diminuent dans ce cas à-peu-près dans la même proportion, et il ne reste pas assez d'espace pour y fixer une dent saine. On peut néanmoins le tenter, lorsqu'il reste une grande partie de la couronne, parce qu'alors les racines sont, comme nous l'avons déjà remarqué, pour l'ordinaire entières, quelle que soit d'ailleurs l'étendue de la carie.

IV. Cette opération ne convient qu'aux jeunes gens et aux adultes ; on ne doit pas la tenter dans l'enfance, ni chez les vieillards. Il n'y a pas apparence qu'une dent placée ainsi dans l'enfance, puisse jamais s'affermir ; elle seroit repoussée continuellement par les secondes dents qui sont sur le point de sortir ; comme celles-ci doivent d'ailleurs remplir bientôt le vuide, elles rendent cette opération absolument inutile. Chez les vieillards l'on rencontre deux obstacles très-grands. Les alvéoles sont à cet âge communément très-diminuées, sur-tout en profondeur ; un grand nombre de vaisseaux sanguins sont effacés, et on ne peut espérer qu'une dent transplantée, prise sur un homme mort ou vivant, puisse jamais s'affermir suffisamment : car l'opération ne réussit, à ce qu'il paroît, qu'autant que la dent contracte une union étroite avec les parties contiguës, par le moyen des vaisseaux sanguins qui se communiquent mutuellement. Or, cette union ne peut jamais être bien forte, par la raison que nous venons de donner, dans un âge fort avancé.

V. La dent que l'on transplante doit remplir aussi exactement qu'il est possible l'alvéole dans tous ses points : il ne faut pas néanmoins l'introduire avec beaucoup de force, car si elle étoit un peu trop longue ou trop grosse, elle occasionneroit sans nécessité de grandes douleurs ; l'irritation qui en résulteroit, pourroit se terminer par la suppuration, et faire ainsi manquer l'opération. Il seroit donc à souhaiter que l'on eût toujours plusieurs personnes prêtes à fournir leurs dents, pour que le dentiste pût facilement en trouver d'un volume convenable : souvent une dent du même volume prise à une personne quelconque, remplit très-exactement l'alvéole de la même dent sur un autre individu. Si cependant les racines de la dent nouvellement arrachée se trouvoient trop longues ou trop grosses pour l'alvéole dans laquelle on doit les placer, il faudroit les limer par le bas jusqu'à ce qu'elles puissent y entrer facilement ; car l'on a remarqué qu'en enlevant une petite partie de la racine, l'opération ne réussissoit pas moins. L'on aura en même temps soin que la surface de la dent que l'on a transplantée se trouve un peu au-dessous du niveau des dents contiguës, afin qu'elle ne soit pas gênée par la pression des dents de la mâchoire opposée. Cette différence ne doit cependant pas être assez grande pour qu'on s'en apperçoive beaucoup ; il faut qu'elle soit à peine sensible ; si elle l'étoit trop, elle produiroit de la difformité.

On se gardera bien, en limant la dent que l'on veut transplanter, de toucher à la couronne, comme le font quelques dentistes : quoiqu'on puisse ainsi réussir, il est fort à craindre que la dent ne se carie ; d'ailleurs,

avec très-peu d'attention, cela devient dans tous les cas inutile ; car il est possible que l'on se trompe sur la grosseur des racines de la dent, mais l'on est toujours maître de déterminer exactement si la couronne de celle que l'on veut arracher remplira le vuide ou non.

VI. Pour que l'opération réussisse, il faut éviter que la dent que l'on veut mettre en place de l'ancienne soit fort brisée, ou que l'alvéole dans laquelle on la doit placer soit fort endommagée : on arrachera en conséquence, s'il est possible, la dent que l'on veut replanter avec le davier plutôt qu'avec la clef, dont on ne peut guère se servir sans extrêmement endommager les parties.

VII. Après avoir arraché la dent, nettoyé le sang de l'alvéole, et remis la nouvelle dent avec les précautions dont nous avons parlé, on tâchera de la retenir en place jusqu'à ce qu'elle ait contracté une adhérence suffisante avec les parties voisines : on la lie pour cet effet aux deux dents contiguës, et on recommande au malade de ne rien faire qui puisse l'ébranler. Lorsqu'on transplante une canine, on fait la ligature avec un fil de soie fine bien ciré, ployé en plusieurs doubles, que l'on passe d'abord autour de la partie supérieure de la nouvelle dent, immédiatement au-dessus de l'endroit où elle commence à se renfler ; et quand elle est convenablement placée, on l'attache aux deux dents contiguës, ayant soin de faire passer la ligature le plus près possible des gencives. Mais lorsque l'on transplante une incisive ou une petite molaire, il vaut mieux attacher le fil d'abord à la dent contiguë près de son articulation avec les gencives, le faire repasser

la surface de la nouvelle dent, et de-là le ramener en arrière, pour le fixer dans l'endroit d'où il est parti, autour du col des autres dents. La dent transplantée est ainsi poussée dans l'alvéole par la ligature; mais il faut bien prendre garde de la tirer plus d'un côté que de l'autre, car rien ne nuit plus au succès de l'opération, que de faire porter la nouvelle dent sur l'une de celles qui sont contiguës. Néanmoins cela n'arrive jamais aux artistes habiles suffisamment exercés dans cette branche de chirurgie; ni à ceux qui connoissent les conséquences qui peuvent en résulter.

Lorsque les fils sont bien attachés, il n'est guère nécessaire de les renouveller : s'ils tomboient cependant par accident, ou s'ils se relâchoient un peu, on les renouvelleroit sur le champ; et le malade sera continuellement sur ses gardes, pour éviter tout ce qui pourroit relâcher ou ébranler la dent. Il ne suffit pas d'avoir cette attention pendant quelques jours, il faut y persister jusqu'à ce que la dent soit entièrement affermie; ce qui exige un temps plus ou moins long, suivant les circonstances particulières à chaque cas; telles que l'état des alvéoles; l'âge et la constitution du malade; et la manière plus ou moins exacte avec laquelle on a opéré. Quelquefois la dent est parfaitement affermie au bout de huit ou dix jours; et d'autres fois elle reste lâche pendant deux ou trois mois. Pendant tout ce temps, le malade vivra, autant qu'il lui sera possible, d'alimens liquides; il évitera sur-tout de s'exposer au froid, car rien ne rend le succès de l'opération plus incertain que le froid ou l'humidité.

L'objection la plus importante que l'on ait faite contre la transplantation des dents, est le danger de communiquer des maladies. J'avoue qu'au premier abord, cette objection paroît très-forte; mais l'expérience n'a pas prouvé qu'elle pût contrebalancer les avantages que l'on retire de cette opération; car, quoiqu'elle se pratique tous les jours, l'on n'a pas encore une seule observation qui puisse faire soupçonner que le système ait été infecté de cette manière. Je n'adopte pas néanmoins l'opinion de ceux qui nient que les maladies puissent ainsi se communiquer; je pense au contraire, qu'on ne doit pas donner sa confiance à ceux qui traitent avec indifférence un objet aussi important pour leurs malades. Il faut absolument rejetter les dents que l'on se propose de transplanter, lorsqu'elles sont prises sur des sujets qui ont quelque apparence de maladie; et ne se servir que de celles que l'on a enlevées à des individus, où tout annonçoit la santé. Pour éviter même autant qu'il est possible tout danger de communiquer ainsi l'infection, l'on trempera la dent que l'on veut transplanter, pendant quelques secondes, dans l'eau tiède, et on la debarrassera entièrement du sang ou de la matière qui pourroit y être attachés, en la frottant doucement entre les plis d'un morceau de vieux linge mol.

D'après quelques expériences que l'on a faites pour inoculer la rougeole et quelques autres maladies, avec le sang de ceux qui en étoient infectés, il paroît que le virus ne peut se communiquer de cette manière. Mais l'on n'a pas encore des preuves assez certaines de ce fait, pour y donner beaucoup de confiance.

SECTION XI.

De la Ranule ou Grenouillette.

L'on voit souvent au-dessous de la langue, sur l'un des côtés, ou de chaque côté du frein, des tumeurs qui ont différens degrés de consistance, que l'on nomme en général ranule ou grenouillette. Ces tumeurs sont rarement fort douloureuses, mais elles grossissent quelquefois au point d'empêcher la succion chez les enfans, et la mastication, et même la parole chez les adultes: ce qui oblige de recourir au traitement chirurgical.

Ces tumeurs renferment quelquefois une matière graisseuse: néanmoins pour l'ordinaire, peut-être dix-neuf fois sur vingt, elles sont presque entièrement remplies d'une liqueur claire limpide, qui ressemble beaucoup à la salive; et en les ouvrant, on trouve souvent qu'elles sont produites par des concrétions pierreuses qui se forment dans les conduits salivaires, et les bouchent. Elles deviennent dans certains cas fort grosses; mais très-communément elles s'ouvrent naturellement quand elles ont acquis le volume d'une grosse noix, et il reste un ulcère en général difficile à guérir, tant que l'on ne peut découvrir et détruire la véritable cause du mal. J'ai vu un ulcère de ce genre traité avec la plus grande attention pendant plusieurs mois; — on y a appliqué différens détersifs et même des corrosifs; — l'on a de plus administré une fois le mercure pendant long-temps, sans procurer aucun soulagement;

l'on découvrit enfin la véritable cause du mal, et on le guérit en peu de jours, uniquement en enlevant une portion de matière calcaire dure, qui, en bouchant le passage naturel de la salive, avoit d'abord produit la tumeur, et empêché ensuite l'ulcère qui avoit succédé de se guérir. Quelquefois ces concrétions sont extrêmement petites, et n'excèdent pas la tête d'une épingle d'une grosseur moyenne; d'autres fois elles sont fort grosses. J'en ai vu plusieurs de la grosseur d'une fève de marais.

Le traitement le plus convenable dans toutes les tumeurs de ce genre qui ne sont pas d'une consistance ferme, consiste à les ouvrir d'un bout à l'autre avec le bistouri; c'est le moyen de découvrir facilement les particules calcaires qui y sont contenues; et dès que l'on a enlevé ces particules, l'ulcère qui reste est communément aisé à guérir. Il est inutile de laver la plaie, comme on le conseille généralement avec la teinture de quinquina ou avec d'autres astringens: l'eau chaude, au contraire, et les autres émolliens valent mieux, parce qu'ils emportent plus sûrement toutes les particules calcaires que l'on n'avoit pu découvrir. Néanmoins lorsque l'ulcère est difficile à guérir, l'on peut quelquefois employer avec avantage les autres remèdes.

L'on traitera de même les anciens ulcères fistuleux de ces parties. Dans presque tous les cas où le siège de la maladie réside dans l'une des glandes ou des conduits salivaires, on reconnoîtra qu'elle est entretenue par la cause dont nous avons parlé, c'est-à-dire, par une portion de pierre qui bouche le conduit; et l'on obtiendra presque toujours la guérison en faisant

faisant une incision sur la pierre, pour l'enlever avec un stylet ou une curette.

Lorsqu'au contraire les tumeurs ainsi situées ont une consistance graisseuse ou même plus ferme, il faut, au lieu d'y faire une incision, les extirper entièrement; l'on ne court aucun danger, à moins qu'elles ne soient profondément situées, ou fort grosses : car l'on redoute avec beaucoup de raison dans ce dernier cas les hémorrhagies, parce qu'il est toujours très-difficile et très-souvent même impossible, de faire la ligature des artères que l'on ouvre, à cause de leur éloignement. On peut néanmoins enlever sans rien craindre de semblable, toutes les tumeurs de ce genre qui sont lâches, et peu profondément attachées aux parties contiguës : car, comme les artères qui rampent sur la surface de ces parties sont petites, l'on arrête en général le sang qu'elles donnent avec l'esprit-de-vin, — l'alcohol, — ou la teinture de myrrhe. — Quand l'hémorrhagie est plus forte, il convient sans doute d'employer le cautère actuel ou même potentiel ; mais ces moyens sont rarement nécessaires.

L'on se sert communément de petites pinces ordinaires, lorsque ces tumeurs sont si profondes qu'on ne peut les saisir avec les doigts, et qu'on veut les disséquer ; mais le petit crochet à deux dents de la planche L, fig. 3, est plus commode.

SECTION XII.

Des ulcères de la bouche et de la langue, et de l'extirpation de la langue.

La langue et les autres parties internes de la bouche sont sujettes aux mêmes ulcères que le reste du corps; et il est inutile de remarquer que le traitement doit être à-peu-près le même. Lorsque ces ulcères sont l'effet du vice vénérien, des écrouelles, ou du scorbut, il faut particulièrement s'occuper de guérir l'affection générale du système; et quand ils ne paroissent être qu'une maladie locale, se borner à y appliquer des topiques.

Il est cependant à propos d'observer que ces ulcères dépendent en outre d'une cause particulière, qui paroît être la source de la plus grande partie des accidens dont nous nous occupons; je veux parler des dents gâtées. J'ai vu des ulcères très-incommodes et très-rebelles des bords de la langue et de l'intérieur des joues, qui étoient occasionnés et entretenus par des pointes aiguës de dents cassées ou cariées; dans ces cas, rien ne peut guérir l'ulcère tant que la portion de dent qui en est la cause subsiste. On examinera donc toujours avec attention l'état des dents voisines; et s'il s'en trouve quelques-unes d'inégales ou d'aiguës, on tâchera de les polir autant qu'il sera possible avec l'une des petites limes de la planche LXIII, fig. 5 ou 6. Ou si l'ulcère paroît entretenu par le tartre qui s'est formé sur les dents, on l'enlevera comme nous l'avons indiqué dans la huitième section de ce chapitre.

Dès que la cause est détruite, l'ulcère se guérit communément en peu de temps : dans le cas contraire, il est souvent avantageux de laver la bouche avec des gargarismes composés de décoction de quinquina, — de dissolution d'alun, — d'eau de chaux, — d'infusions de feuilles de roses rouges, — d'écorce de chêne, et d'autres astringens.

Dans quelques cas cependant, quoique l'on fasse usage de ces moyens, du mercure même, et de tout autre remède, ces ulcères s'aggravent, ils se fendent en différens endroits, leurs bords se remplissent d'inégalités, ils rendent une sanie séreuse et fétide, et ils deviennent communément très-douloureux.

Tant que les ulcères de ce genre sont petits, et qu'ils ne paroissent pas disposés à s'étendre, l'on a en général lieu d'espérer la guérison, et il est inutile d'employer aucun remède violent : lorsqu'ils offrent au contraire l'aspect que nous avons indiqué, et qu'ils résistent à tous les moyens dont nous avons parlé, on ne peut plus guère douter qu'ils soient de nature cancéreuse, et ils ne peuvent guérir que par l'extirpation qu'il faut faire sur le champ.

L'ulcère cancéreux, situé sur la langue ou sur l'intérieur de la joue, s'extirpe facilement et sans aucun danger lorsqu'il n'est que superficiel et qu'il ne s'étend pas profondément ; mais lorsque la substance de la joue ou de la langue est fort endommagée, l'opération devient plus sérieuse par la difficulté de la pratiquer et les risques que l'on court. Quel que soit cependant le danger, il faut absolument recourir à l'opération, si l'on peut enlever toutes les parties malades ; car il n'y a que ce moyen

sur lequel on puisse compter pour la guérison du cancer, et il vaut mieux courir quelques risques, que d'abandonner le malade dans une situation qui ne laisse aucun espoir.

La méthode la plus aisée et la plus certaine d'enlever un cancer profondément situé sur la joue, consiste à faire une incision dans toute la substance de la joue, en commençant par l'angle contigu à la bouche, et finissant dans le même endroit, après avoir fait le tour de l'ulcère. Les parties malades entiérement enlevées, il faut rapprocher le plus proprement possible les bords de la plaie ; introduire dans toute sa longueur un certain nombre d'épingles d'or, à des distances convenables, et terminer ainsi le traitement par la suture entortillée, qui se pratique comme nous l'avons indiqué pour le bec-de-lièvre, dans la section I, chapitre XXX. L'on enlève ainsi des ulcères cancéreux fort étendus, sans produire une grande difformité ; la cicatrice est au contraire toujours extrêmement désagréable, lorsqu'on laisse, comme on a coutume, les parties malades se cicatriser sans les rapprocher par les sutures.

Comme il n'y a à craindre, quand on emporte une portion considérable de la langue avec le bistouri, que l'hémorrhagie, il faut se munir, avant d'opérer, de tout ce qui peut l'arrêter. La ligature des artères coupées est le seul moyen sur lequel on doit compter quand elle est praticable ; j'observerai même qu'on pourroit l'employer plus fréquemment, et la faire à une plus grande profondeur de la bouche, qu'on ne l'imagine communément. Il est possible de faire beaucoup sortir la langue hors de la bouche, et quoiqu'on en ait emporté une grande partie, de lier les ar-

tères uniquement avec le tenaculum ordinaire ou des aiguilles crochues ; si cela ne suffit pas, on peut employer la méthode que nous avons décrite section V, chapitre XXVIII, pour enlever les amygdales squirrheuses. L'on passe un fil autour de l'artère avec l'aiguille de la figure 3, planche LI ; l'on serre ensuite fortement ce fil en passant ses deux extrémités à travers la double canule, figure 1, planche XLIV, ou l'on y fait un nœud avec l'instrument de la figure 2, planche LI.

Lorsqu'il n'est pas possible de lier ainsi, ou de toute autre manière, les artères coupées, on tente d'autres moyens d'arrêter l'hémorrhagie. Si les vaisseaux ne sont pas fort gros, il suffit souvent de tenir dans la bouche des gargarismes astringens, composés d'alcohol, d'une forte dissolution d'alun, de vinaigre distillé, ou d'eau fortement chargée d'acide vitriolique. Quand ces moyens ne réussissent pas, on emploie comme dernière ressource le cautère actuel, ou même potentiel.

On ne peut nier que l'amputation d'une grande portion de la langue est une opération très-dangereuse, et c'est pour cette raison qu'on l'a très-rarement pratiquée. Néanmoins, je puis hardiment assurer, d'après ce que j'ai avancé plus haut, qu'elle est quelquefois nécessaire, et qu'on peut en général l'exécuter sans danger. Tout chirurgien n'est pas propre, à la vérité, à l'entreprendre; car l'hémorrhagie très-subite qui en est inséparable, exige ce sang-froid que donne seule la fermeté naturelle des nerfs, réunie à une grande expérience, afin d'employer tranquillement les moyens propres à arrêter le sang, prévenir les effets de la syn-

cope, et les autres accidens imprévus qui peuvent survenir.

SECTION XIII.

De la division du frein de la langue.

La langue se trouve quelquefois chez les enfans nouvellement nés trop adherente et trop rapprochée du fond de la bouche, parce que le frein est trop court, ou s'étend trop près du bout de la langue. La guérison s'opère facilement, en coupant suffisamment cette membrane ou ce ligament, pour rendre le mouvement de la langue aisé; et cela doit se faire dès l'instant que l'on s'apperçoit du mal; autrement l'enfant ne tetteroit que difficilement, et la parole en seroit gênée par la suite.

J'observerai néanmoins que ce cas n'est pas commun : les nourrices disent, il est vrai, souvent qu'un enfant a le filet, lorsqu'il ne tette pas facilement, ou qu'il parle tard; mais les personnes de l'art observent rarement cette cause, quelque attention qu'ils y apportent.

Cette opération, quoique aisée, exige de l'attention pour éviter de blesser les vaisseaux sanguins voisins, car il pourroit sortir une telle quantité de sang, que l'enfant en souffriroit; on la fait communément avec le bistouri ou des ciseaux ordinaires : il est cependant plus aisé et plus sûr de se servir de l'instrument gravé figure 3, planche LXII. Le chirurgien ouvre la bouche de l'enfant, qui doit être couché en travers sur les genoux de sa nourrice, il soulève la langue avec les doigts index et du milieu de sa main gauche, tandis qu'il introduit l'ins-

trument avec l'autre ; de manière à faire passer dans la fente L, le milieu du frein, qu'il coupe alors sans danger aussi loin qu'il est nécessaire.

SECTION XIV.

Des plaies du conduit de la Parotide.

La liqueur filtrée dans les parotides se porte dans un conduit de la grosseur d'une plume de corbeau, qui après avoir passé sur une partie du muscle masseter, pénètre obliquement le buccinateur, et s'ouvre dans la bouche vers le milieu de la joue.

Ce conduit peut être blessé dans l'opération que nous venons de décrire, pour extirper l'ulcère cancéreux de la joue, ou par différens accidens ; lorsque l'on ne peut tenir rapprochées les deux extrémités divisées, pendant le traitement, la liqueur qui doit se porter dans la bouche coule souvent continuellement sur la joue, l'ulcère ne peut se cicatriser, et il reste une ouverture fistuleuse qui corespond au volume du conduit. L'ulcère se cicatrise cependant pour l'ordinaire à l'intérieur, et l'écoulement subsisteroit toute la vie, si l'on n'employoit des moyens capables de l'arrêter.

Il n'y a pas de meilleur moyen d'obtenir la guérison quand la plaie est récente, que de rapprocher le plus exactement possible les deux extrémités du conduit, et de les contenir ainsi jusqu'à leur parfaite réunion avec des emplâtres agglutinatives, si ce moyen suffit ; ou avec la suture entortillée, lorsque la rétraction du muscle coupé est considérable : mais quand on a négligé ce moyen dans les commencemens, ou qu'il n'a

pas réussi, l'extrémité éloignée du conduit se cicatrise bientôt, et comme la liqueur de la glande n'y passe plus, elle se bouche entièrement, de manière qu'il faut absolument pour guérir, pratiquer une ouverture artificielle dans la bouche, et tenter de lui faire contracter une union avec la partie supérieure du conduit qui vient de la parotide.

Il faut, autant que l'on peut, pratiquer ce passage dans la direction du conduit naturel ; et pour en assurer le succès, le faire d'un plus grand diamètre que l'autre. L'on introduit pour cet effet un poinçon fort tranchant, et d'un volume convenable, de l'autre côté de l'ulcère, exactement vis-à-vis et près de l'extrémité inférieure de la partie supérieure du conduit ; et on le fait pénétrer dans la bouche en le dirigeant un peu obliquement. L'on passe ensuite et on laisse dans cette ouverture, jusqu'à ce que les bords en soient calleux, un bout de sonde de plomb absolument de la grosseur du poinçon ; et quand ce plomb devient inutile, on tient l'extrémité du conduit naturel en contact avec la partie supérieure de l'ouverture artificielle jusqu'à ce que leur réunion soit solide, en y appliquant une emplâtre glutinative. On peut accélérer la guérison quand on a ôté le plomb, en mettant au vif l'extrémité du conduit et de l'ouverture artificielle, avec le tranchant d'une lancette ou d'un bistouri avant de les rapprocher. On recommandera au malade de ne vivre, jusqu'à ce que l'adhérence soit parfaite, que de liquide ; de parler peu ou même point ; et enfin de mouvoir les mâchoires le moins qu'il sera possible.

L'on peut ainsi guérir facilement, sans pres-

que en laisser de trace, des ulcères par où la salive se seroit écoulée toute la vie. J'ai vu trois exemples de guérison complète. L'on a recommandé de se servir pour cette opération d'un séton ordinaire, ou d'une mèche de séton au lieu de plomb : l'on y a aussi substitué un bout de corde à boyau ; mais rien n'accélère davantage la callosité des parties que le plomb; il est d'ailleurs susceptible d'une plus grande propreté qu'une mèche ou qu'une tente d'une substance plus molle.

CHAPITRE XXXII.

Des maladies des oreilles, et des opérations qui s'y pratiquent.

SECTION PREMIERE.

De la Surdité.

Le sentiment de l'ouïe ne peut avoir lieu qu'autant que les sons trouvent un passage libre pour parvenir au tympan de l'oreille, et que cette membrane, ainsi que les parties auxquelles elle s'unit, sont dans un état sain; d'où il est aisé de voir que toutes les causes capables d'obstruer l'un ou d'affecter les autres, doivent produire une surdité plus ou moins grande.

Deux passages conduisent les sons à l'oreille; l'un se nomme méat externe, et se termine dans l'oreille externe; l'autre est la trompe d'Eustache qui s'ouvre dans la gorge. Le premier de ces conduits est à la vérité plus important que l'autre, parce qu'il est plus grand et mieux placé pour rassembler les sons: mais il n'en est pas moins certain que le dernier ou le passage interne, est une partie très-essentielle de l'organe de l'ouïe; car quand ce passage est bouché par une cause quelconque, il s'ensuit presque toujours plus ou moins de surdité. Ainsi l'engorgement ou le gonflement extraordinaire des

amygdales, sur-tout quand elles sont enflammées, produit toujours un peu de surdité. L'on explique aussi de cette manière la surdité à laquelle sont sujets les malades qui ont beaucoup souffert d'ulcères vénériens dans la gorge; les excroissances polypeuses qui partant du nez et de la gorge, s'étendent postérieurement, produisent encore fréquemment le même effet en comprimant la trompe d'Eustache.

La surdité produite par cette cause, se guérit souvent par l'extirpation du polype ou des amygdales tuméfiées, et on ne peut compter sur aucun autre remède. Mais lorsque la maladie est la suite d'un ulcère de ces parties ou d'une violente inflammation, tout est inutile, parce qu'il est probable que l'extrémité du conduit est détruite. L'on a proposé dans cette espèce d'obstruction, d'ouvrir le conduit avec l'extrémité d'un stylet obtus courbe, ou même d'y injecter avec une seringue courbe, un peu de lait et d'eau, ou tout autre fluide doux: mais quoique ceux qui ont une parfaite connoissance de la structure de ces parties, puissent, après s'y être fort exercés, exécuter assez facilement cette opération sur le cadavre, il n'y a guère lieu d'espérer que l'on en tire jamais aucun avantage dans la pratique: car l'irritation que produit sur ces parties, même dans l'état de santé, l'extrémité d'un stylet ou d'une seringue, est si considérable, que toutes les tentatives que l'on fait pour l'introduire sont fort incertaines; et la difficulté doit infiniment augmenter, quand l'extrémité du conduit est obstruée par une maladie. Mais si le traitement de la surdité produite par cette cause offre peu de ressources, nous sommes à même, dans un grand nombre de cas,

font souvent entrer de petits pois, des noyaux de cerises, des grains de plomb et d'autres substances ; il y entre aussi des mouches et d'autres insectes.

Lorsque les mouches et les autres corps étrangers se trouvent à l'entrée du passage, il est aisé de les saisir et de les enlever avec de petites pinces, telles que celles de la planche LXI, figure 2 ; mais l'on emporte plus facilement les pois et les autres corps ronds, en les faisant rouler en dehors avec le bout d'un stylet courbe, ou en faisant passer par derrière ces corps l'instrument de la planche LXII, figure 1 ; et on en facilite l'extraction en laissant tomber avant de recourir à ce moyen quelques gouttes d'huile sur leur passage.

Lorsque les insectes sont trop avant pour les enlever avec les pinces, rien ne vaut mieux pour les entraîner en dehors, que d'injecter dans l'oreille, avec une seringue, une grande quantité d'eau tiède, ou tout autre liquide doux ; néanmoins comme ces insectes adhèrent fortement aux parties voisines tant qu'ils sont vivans, il faut commencer par les faire périr en remplissant l'oreille d'huile, ou de tout autre liquide capable de les empoisonner, sans affecter le tympan L'on pourroit employer dans cette vue l'eau chaude, l'esprit-de-vin, et quantité d'autres substances ; mais aucune n'est plus douce que l'huile : quoiqu'elle ne tue pas dans l'instant toute espèce d'insectes, il y en a peu qui vivent long-temps plongés dans l'huile. On recommandera donc au malade de rester la tête appuyée sur le côté opposé, pour que l'huile versée tiède dans l'oreille affectée y reste autant qu'on le jugera nécessaire.

Les pois et les autres corps mols qui se gonflent par l'humidité, deviennent quelquefois si volumineux lorsqu'on les laisse long-temps dans l'oreille, qu'on ne peut les extraire entiers qu'avec beaucoup de peine. Alors on tâche de les briser avec les pointes d'une petite pince, ou avec un petit crochet bien pointu que l'on introduit avec précaution dans le passage ; et dès que le corps étranger est suffisamment coupé, on l'enlève par morceaux avec la pince, ou on l'entraîne en injectant de l'eau dans l'oreille.

§. III. *Des excroissances du méat auditif.*

J'ai déjà parlé des polypes du nez et de la gorge ; je remarquerai ici que le conduit auditif externe est également exposé à ces excroissances : elles n'y deviennent pas à la vérité aussi volumineuses que dans le nez ; néanmoins ceux qui ont suivi cette partie de l'art de guérir, avoueront qu'elles ne sont pas fort rares, et qu'elles produisent souvent une surdité très-rebelle.

En examinant le méat auditif, on le trouve quelquefois rempli d'une excroissance polypeuse qui ne tient qu'à un pédicule; d'autres fois le passage n'est bouché que par la membrane qui tapisse l'oreille qui s'est épaissie de toute part sans qu'une portion paroisse plus affectée que l'autre.

Les polypes de ces parties étant ordinairement d'un tissu plus solide que les excroissances du même genre qui surviennent dans le nez; la membrane de l'oreille étant d'ailleurs ferme et incapable de prêter, les pinces ne conviennent pas pour enlever ces tumeurs; il faut recourir au bis-

touri ou à la ligature. Lorsque ces excroissances sont sur le bord du conduit de l'oreille, et qu'on peut les saisir avec de petites pinces, ou avec l'érine de la planche L, fig. 3, il est aisé de les couper avec un bistouri à pointe mousse, tel que celui de la planche LII, fig. 3. On ne risque rien de les emporter ainsi, parce qu'elles paroissent moins vasculaires que celles du même genre qui affectent le nez, car il est rare qu'elles donnent beaucoup de sang. La ligature est néanmoins préférable pour les excroissances situées profondément ; parce que le passage est si étroit, qu'on ne peut y introduire le bistouri qu'avec peine, sans être sûr du succès.

Il me paroît que de tous les moyens que l'on a proposés pour lier ces excroissances, il n'y en a pas de meilleur que celui dont on fait usage pour enlever les polypes du nez, qui est décrit dans l'explication de la planche XLVI. L'on passe avec le stylet fourchu de la fig. 2, l'anse du fil sur un des côtés du polype jusqu'au haut de sa racine ; l'on porte ensuite les deux extrémités de ce fil autour de l'excroissance, et on l'introduit dans une double canule courte, telle que celle de la planche XLIV, fig 1 ; alors on pousse la canule sur le côté opposé de la racine du polype ; lorsque l'on a suffisamment serré les deux bouts de la ligature, et qu'elle est fixée sur les nœuds qui sont à l'extrémité du tube, on retire le stylet, et le polype tombe communément au bout d'un jour ou deux.

Mais il arrive souvent qu'il n'est pas possible d'enlever ainsi ces excroissances, parce qu'au lieu d'être suspendues par un petit col, elles s'étendent fort loin sur la membrane qui recouvre l'oreille. On ne peut, sans courir de grands risques

risques de blesser le tympan, faire usage des escarotiques, que l'on a recommandés dans ces cas; et l'on est d'autant plus fondé à les rejetter, que l'on peut en général enlever ces excroissances par des moyens plus sûrs et plus simples. Cette affection de la membrane de l'oreille me paroît absolument semblable à l'espèce d'obstruction de l'urèthre, où les bougies sont particulièrement utiles; et ce remède continué un temps suffisant, est également avantageux dans ces deux maladies. On prendra garde, en introduisant la bougie, de la porter jusqu'au tympan, car elle seroit plus nuisible qu'utile; et on en augmentera le volume de temps en temps, jusqu'à ce que le passage soit suffisamment agrandi.

Les bougies irritent les parties sur lesquelles elles portent la première fois qu'on les introduit dans l'oreille, et produisent un peu de mal-aise, qui se dissipe promptement lorsqu'on en use avec précaution, et qu'on a eu soin de les bien huiler avant de les introduire.

§. IV. *De la surdité produite par la cire amassée dans les oreilles.*

Le cérumen, ou l'espèce de cire qui se filtre dans le méat auditif, n'y séjourne pas dans l'état de santé: il est peut-être difficile de décider si on doit attribuer cet effet à la contractilité de la membrane de l'oreille, ou à ce que l'ouverture externe du passage est un peu plus basse que l'autre; mais il n'en est pas moins certain que ces parties ne sont en général que très-légèrement recouvertes de cette humeur. l'on ne doit donc pas être surpris qu'étant

accumulée en grande quantité elle occasionne la surdité, puisqu'alors elle bouche absolument le passage des sons au tympan. Le cérumen ainsi amassé dans l'oreille s'y épaissit, et même se durcit en y séjournant long-temps, au point de devenir quelquefois aussi ferme que du bois.

Le traitement de cette espèce de surdité est très-aisé à connoître. Il suffit d'examiner l'oreille avec attention, pour s'assurer s'il y a excès de cérumen ou non ; car en l'exposant au grand jour, on peut découvrir jusqu'au tympan ; et si on trouve le passage fort obstrué par le cérumen, il faut sur le champ l'enlever.

L'on a proposé différens moyens pour nettoyer les oreilles ; le plus sûr et le plus aisé est d'injecter suffisamment d'eau tiède, ou tout autre liquide doux, pour entraîner toute la matière qui y est accumulée. Le lait coupé avec de l'eau, ou le savon dissout dans l'eau, valent autant que tout autre remède : néanmoins on commencera toujours par verser quelques gouttes d'huile dans l'oreille, non pour dissoudre la cire, car il y a d'autres dissolvans plus actifs de cette substance ; mais pour lubrifier le passage, et rendre la sortie du cérumen plus aisée. En faisant un usage convenable de la seringue, ce que l'on apprend avec un peu d'expérience, on enlève entièrement la cire qui obstrue le conduit.

Quoique l'obstruction du conduit externe de l'oreille soit la cause la plus fréquente de la surdité, il est bon de savoir que dans quelques cas elle est produite d'une autre manière. Elle peut dépendre d'une maladie du tympan, et des parties qui y sont contenues. Elle a lieu à un certain degré, lorsque les parties externes de l'oreille sont détruites par accident ou par

maladie ; elle survient même quelquefois par le défaut de cérumen.

Les petits os de l'oreille sont quelquefois attaqués dans les constitutions scrophuleuses ; et il en résulte une très-grande surdité toujours incurable. Tous les secours de l'art se bornent alors à entretenir les parties propres et exemptes d'odeur, en nettoyant bien matin et soir le passage, par des injections de lait tiède et d'eau : faute de prendre cette précaution, la matière que fournissent les os cariés incommode beaucoup en s'amassant dans le conduit ; ce qui subsiste communément jusqu'à ce que les portions d'os malades soient entièrement dissoutes et évacuées, ou quelquefois même le reste de la vie.

Il ne faut pas cependant confondre cette maladie avec un écoulement de nature beaucoup plus bénigne, auquel les oreilles sont fort sujettes. Il est tantôt la suite d'un abcès du méat auditif externe ; et d'autres fois d'une inflammation légère de la membrane qui tapisse l'oreille, ou même du tympan, sans qu'il y ait eu d'abcès.

Cet écoulement est très-commun, et je crois que l'on a en général tort de ne faire aucune tentative pour l'arrêter, dans l'idée qu'il est l'effet d'une humeur morbifique répandue dans le système, et qu'il seroit dangereux de le supprimer.

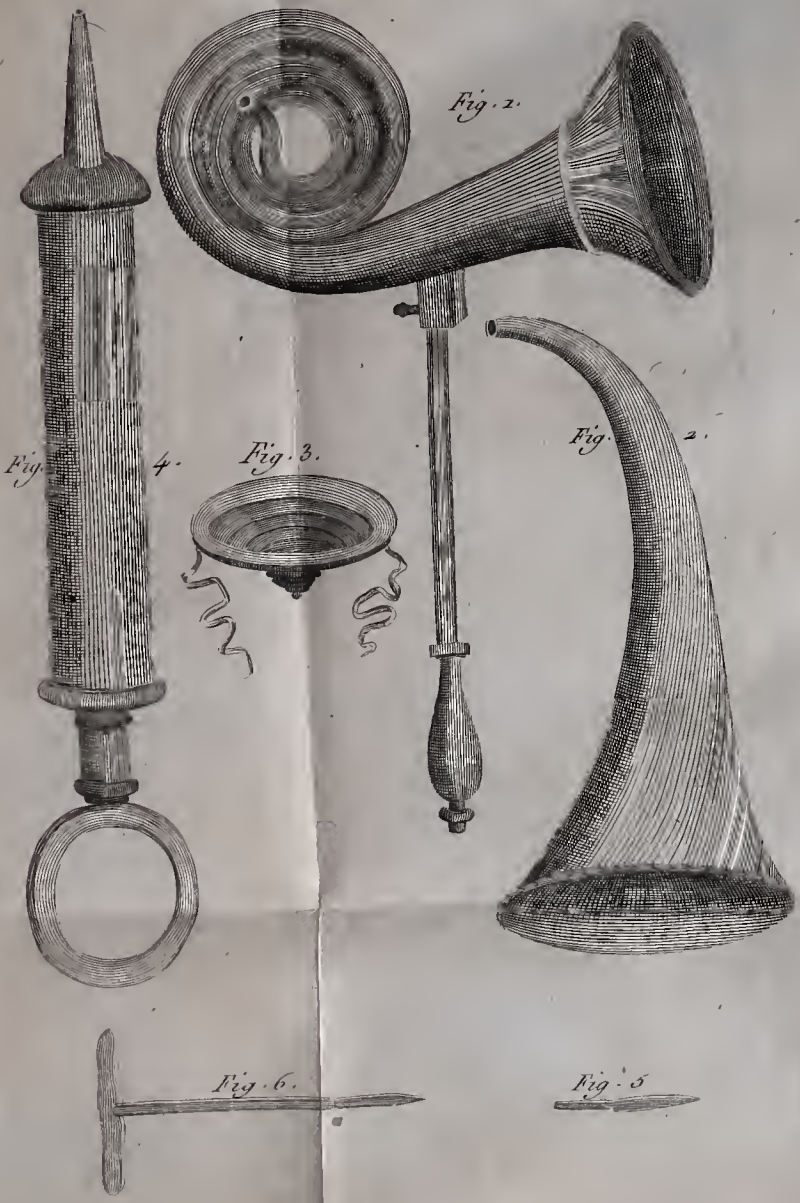
Il est aisé de voir que cette idée est fausse, puisque dans la plupart des cas on reconnoît que cet écoulement est l'effet de l'affection inflammatoire de la membrane de l'oreille, dont j'ai parlé ; et il est évident qu'on ne coure aucun risque de détruire cette cause qui est locale.

Je me sers en conséquence très-communément, dans ce cas, des injections modérément astringentes, à-peu-près de la nature de celles qui conviennent pour arrêter la gonorrhée. Il suffit souvent d'introduire matin et soir dans l'oreille quelques gouttes d'une foible dissolution d'alun, ou de sucre de saturne, ou d'eau-de-vie affoiblie avec un peu d'eau; l'on peut même, quand cela ne réussit pas, en faire de légères injections avec une seringue.

J'observerai qu'il ne faut pas trop tarder à recourir à ces moyens, parce que communément, quand on les emploie de bonne heure, le succès en est plus certain. D'ailleurs l'écoulement ne peut vieillir sans devenir nuisible, en relâchant, ou même en détruisant le tympan; et on court en outre quelque risque d'arrêter tout-à-coup une évacuation à laquelle le système est accoutumé depuis long temps. Il est cependant possible de prévenir le danger en établissant avant tout sur la tête, le col, ou toute autre partie, un cautère à-peu-près proportionné à l'écoulement de l'oreille; mais lorsque le mal est récent, rien n'oblige d'assujettir le malade aux inconvéniens que produit quelquefois un cautère; car il n'y a alors aucun risque d'arrêter sur le champ l'écoulement.

Lorsque la surdité est occassionnée par le relâchement du tympan, ou par la perte de quelque portion des parties externes de l'oreille, on peut tenter avec quelque avantage de rassembler ou de concentrer les sons, de manière qu'ils fassent une plus forte impression sur l'organe de l'ouïe. L'on a inventé pour cet effet différens instrumens, mais aucun ne réussit mieux que celui de la planche LXIV, fig. 2,

Planche LXIV.



qui ressemble beaucoup par sa forme à une corne ordinaire. La fig. 1 représente un autre tube tourné en spirale qui sert au même objet; et la fig. 3 offre un instrument fait pour être caché sous les cheveux ou la perruque, que l'on assujettit à la tête avec deux cordons qui y sont attachés.

Lorsque l'on soupçonne au contraire que le défaut de cérumen est la cause de la surdité, il est quelquefois utile de faire passer une ou deux fois par jour dans l'oreille, un peu d'huile d'olive ou toute autre huile douce. J'ai vu des cas où l'on a introduit avec avantage un peu de savon mol dans le passage; outre que cette substance entretient de l'humidité, elle peut rétablir, en stimulant légèrement la membrane de l'oreille, la secrétion du cérumen. J'ai aussi employé dans la même vue le galbanum purifié, et convenablement ramolli avec de l'huile, auquel j'ai ajouté un peu de jus d'oignon.

SECTION II.

De la manière de percer les lobes des oreilles.

Il y a eu quelques médecins du dernier siècle et des précédens, qui ont pensé qu'il étoit utile dans plusieurs maladies, sur-tout dans les affections de la tête, de percer les oreilles. L'on passoit alors un petit séton dans l'ouverture, afin de produire un écoulement, dont on pouvoit, dans certain cas, retirer quelque avantage. Aujourd'hui l'on n'a plus recours à cette opération que comme un objet d'ornement.

Quoique cette opération soit peut-être la plus simple de toutes, il est nécessaire de la

décrire, parce que ceux sur lesquels on la pratique la regardent comme de quelque importance. Pour éviter que les boucles d'oreille fort pesantes ne déchirent les parties, on doit percer le lobe le plus haut qu'on le peut sans inconvénient, après avoir marqué d'abord l'endroit avec de l'encre. On fait asseoir le malade, dont il faut faire tenir la tête par un aide, et l'on tend le lobe de l'oreille sur un morceau de liège placé au-dessous. Alors le chirurgien perce le lobe avec l'instrument de la fig. 6, planche LXIV; il le pousse jusqu'à ce que la partie qui forme le tube sorte complètement par le côté opposé, puis il retire le liège avec le poinçon qui y est enfoncé, et introduit un petit bout de fil de plomb dans le tube, qui reste dans l'oreille; il ôte alors ce tube de l'ouverture, pour y laisser le plomb. En dérangeant tous les jours ce plomb, ce qui se fait sans produire beaucoup de douleur, quand on a eu soin de l'enduire d'huile, le passage devient bientôt calleux, et l'opération est ainsi terminée.

Je n'ai pas cru devoir décrire dans ce chapitre, comme on auroit pu s'y attendre, la manière de cautériser ou brûler le derrière des oreilles pour le mal de dents, parce que cette opération qui a été pendant quelque temps fort en vogue, est aujourd'hui généralement abandonnée. Je n'ai en conséquence fait graver aucun des instrumens que l'on a proposés pour l'exécuter; et après tout on peut se servir d'un bout de sonde quelconque rougie au feu, aussi-bien que de l'instrument le plus élégant. On a cru que cette opération étoit utile, parce que l'on brûloit ou détruisoit le nerf qui causoit le mal de dents; elle paroît néanmoins plutôt agir par la

terreur ou la surprise qu'elle inspire ; et, dans ce cas, il est probable qu'on réussiroit de même en la pratiquant sur une autre partie. Mais la plupart des hommes regardant la douleur que produit ce moyen comme plus cruelle que l'extraction même de la dent, il n'est pas probable qu'on le fasse jamais revivre.

CHAPITRE XXXIII.

De la contorsion du col, ou torticoli.

Le col penche quelquefois tellement d'un côté, qu'il en résulte une difformité considérable, qui oblige de recourir au chirurgien.

Différentes causes produisent la contorsion du col: elle peut dépendre d'une mauvaise conformation originelle des os du col, — d'un degré de contraction extraordinaire des muscles d'un côté du col, sur-tout du muscle sterno-mastoïdien, — ou uniquement de la contraction qu'éprouve la peau à la suite des ulcères et des brûlures étendues.

On ne peut pas remédier à la mauvaise conformation des vertèbres du col; mais il paroît qu'il est toujours possible de détruire les deux autres causes dont nous avons parlé.

L'on croit en général que la contorsion du col ne dépend que de la contraction du muscle sterno-mastoïdien; et l'on recommande, dans la plupart des livres de chirurgie, la division de ce muscle comme l'unique moyen curatif sur lequel on puisse compter. M. Sharpe même étoit de cette opinion, et il a fait graver un instrument propre à cette opération, qu'il appelle rasoir boutonné (1).

Il paroît néanmoins, en admettant que la division de ce muscle soit nécessaire, que l'on ne doit pas, comme on l'a recommandé, intro-

(1) *Voyez* Sharpe's Surgery, chap. XXXV.

duire le rasoir au-dessous du muscle, et le couper ensuite, parce que l'on court de grands risques de blesser les vaisseaux voisins : il vaut certainement mieux diviser le muscle par des coups réitérés de bistouri, et continuer l'incision peu à peu jusqu'à ce que l'on soit parvenu à la profondeur nécessaire; l'on évite par ce moyen les grosses veines même du col. Je ne nie pas que la contraction de ce muscle ne puisse produire la contorsion du col, mais il paroît que ce cas est très-rare : j'ai vu plusieurs fois cette difformité, et elle m'a toujours paru uniquement l'effet de la contraction de la peau.

Lorsque la peau seule est affectée, les parties se séparent plus aisément et avec moins de danger que quand il faut diviser quelques-uns des muscles situés profondément : mais alors même on opérera lentement pour éviter les jugulaires externes; car quoique leurs blessures ne soient pas fort dangereuses, on ne doit jamais risquer de les couper sans nécessité. Soit enfin que la cause de la contraction réside dans les muscles sterno-mastoïdiens ou dans la peau, on fera toujours l'incision suffisamment profonde pour détruire entièrement cette contraction, autrement on ne retireroit que peu ou point d'avantage de l'opération.

Il ne suffit pas cependant de diviser les parties contractées pour remplir l'objet que l'on se propose; car, si pendant la guérison de la plaie l'on n'emploie aucun moyen pour soutenir la tête, elle pourra pencher plus de ce côté que de l'autre, les parties divisées se réuniront facilement, et on ne tirera nul avantage de l'opération. Pour éviter autant qu'il est possible cet inconvénient, M. Sharpe et

d'autres auteurs, conseillent de bourrer la plaie de charpie ; mais l'expérience m'a appris que ce moyen étoit insuffisant, et que l'on ne pouvoit réussir qu'en donnant un soutien solide à la tête. L'instrument de la planche LXVI, fig. 1, est très-utile pour remplir cet objet : on l'a inventé pour un cas semblable, et l'on s'en est servi plusieurs semaines avec le plus grand succès. On le portera pendant tout le traitement, et même quelque temps après la parfaite guérison de la plaie ; il ne produit aucun mal-aise, lorsqu'il est convenablement adapté aux parties sur lesquelles il porte.

La peau qui est au-dessous du menton se retire quelquefois à la suite des brûlures et par d'autres causes, au point d'entraîner fortement la tête sur la poitrine. On suivra, dans ce cas, le traitement que nous venons de recommander pour la contorsion du col; on divisera hardiment avec un bistouri la portion de la peau qui est contractée, et l'on soutiendra convenablement la tête par-derrière jusqu'à ce que la plaie soit complètement cicatrisée.

Planche LXVI.

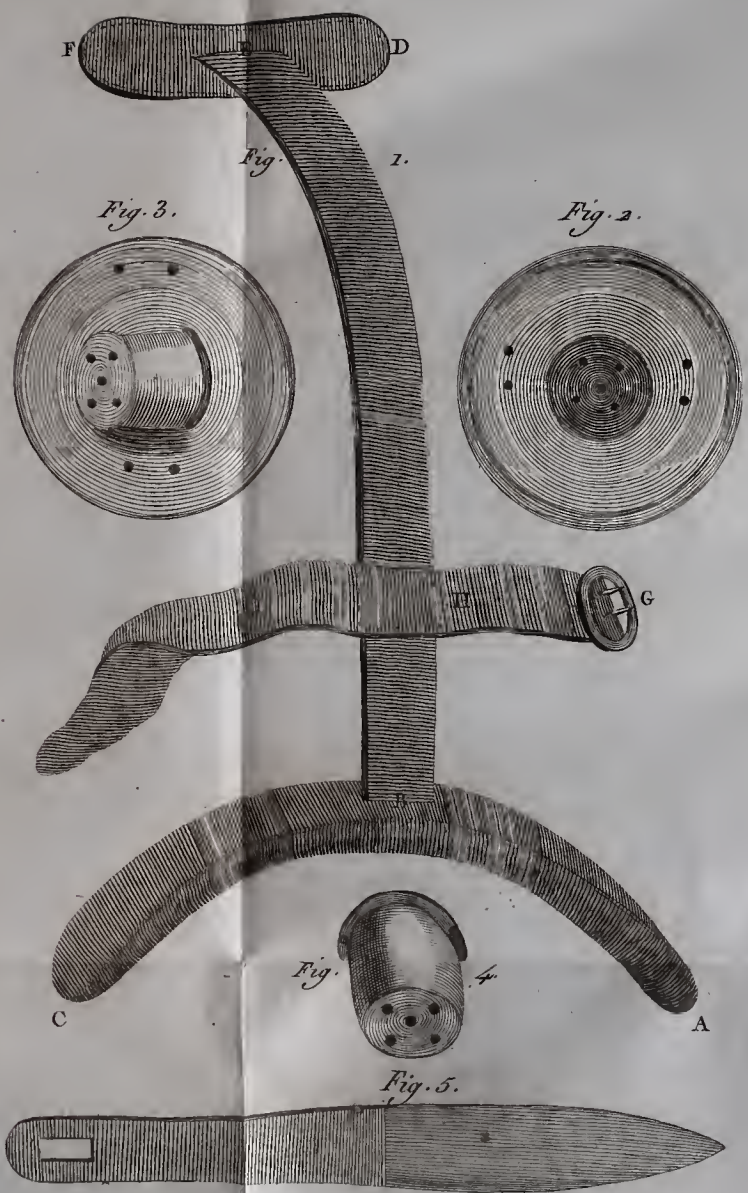
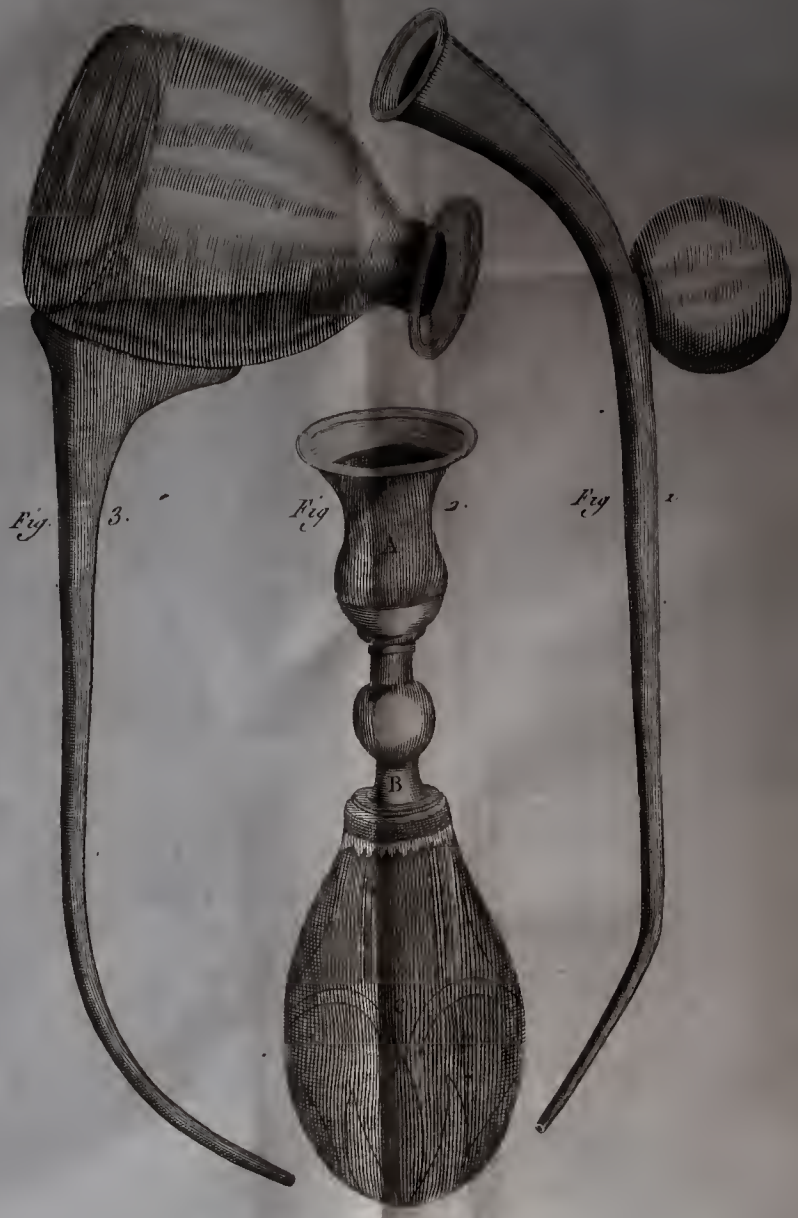


Planche LXV.



Juillet Sculp.

CHAPITRE XXXIV.

Des maladies des Mamelons.

Les mamelons sont quelquefois tellement enfoncés dans les mamelles, qu'il est difficile ou même impossible à l'enfant de les saisir pour tetter.

L'on a employé différens moyens pour remédier à cet inconvénient. Lorsqu'il est possible en repoussant en arrière la partie saillante de la mamelle de découvrir même une petite portion du mamelon, on le fait communément sortir en le présentant à un enfant vigoureux de six ou huit mois; et dans les cas où cela ne se peut, l'on emploie différentes espèces de verres pour le même objet. L'on voit planche LXV, fig. 1 et 3, deux espèces de verres, à l'aide desquels la malade peut se tetter elle-même ou se faire tetter; et la fig. 2 représente une coupe de verre montée sur un sachet de gomme élastique. Il faut, pour s'en servir, faire d'abord sortir tout l'air renfermé dans le sachet, puis placer la coupe sur la gorge de manière à y faire entrer le mamelon; on obtient ainsi un degré de succion très-propre à faire ressortir le mamelon. Il est néanmoins nécessaire d'avoir un sachet beaucoup plus gros que celui dont on se sert communément, car ce dernier n'agit pas avec une force suffisante. Quel que soit le moyen que l'on adopte, on le continuera jusqu'à ce que le mamelon sorte entièrement; et cela se fera toujours avant de faire tetter l'enfant.

Les mamelons sont, de même que les autres

parties du corps, sujets à des ulcères toujours fort incommodes, en raison de la délicatesse particulière des parties; mais la succion de l'enfant les rend encore beaucoup plus graves et de plus longue durée. Les fentes ou les gerçures des mamelons, quoique peu effrayantes en apparence, sont pour l'ordinaire bien plus douloureuses que les ulcères les plus étendus.

On emploie différens remèdes contre les affections de ce genre. Les émolliens dont l'on fait le plus communément usage, quoique avantageux, ne m'ont pas paru procurer un soulagement durable. On doit compter davantage sur les astringens doux, et sur les dessicatifs. L'eau de chaux est souvent utile en lotion; on peut aussi employer dans la même vue le vin de Porto avec de l'eau, ou de l'eau-de-vie suffisamment affoiblie. Après avoir lavé les parties avec l'un de ces liquides, on recouvre le mamelon d'un peu de charpie mollette enduite d'onguent nutritum ou de cérat de Goulard; mais le premier est le meilleur : je m'en suis souvent servi avec succès, et je ne connois rien qui réussisse mieux dans les gerçures, quel que soit leur siège. Le docteur Hamilton, mon ami, professeur d'accouchement dans cette université, emploie aussi beaucoup ce remède; et comme sa pratique est fort étendue, l'on peut compter sur son autorité. J'observerai qu'il faut avant de faire tetter l'enfant, enlever avec soin tout ce qui peut rester d'onguent sur le mamelon, parce que le plomb qui est la base de ce remède, pourroit, en passant dans l'estomac en grande quantité, être pernicieux.

On ne laissera tetter l'enfant qu'autant qu'il sera absolument nécessaire, jusqu'à ce que le

mamelon soit parfaitement guéri : lorsqu'il n'y a qu'un mamelon d'ulcéré, le traitement en est toujours facile, parce qu'on laisse à l'enfant la mamelle saine, et l'on tire l'autre avec un verre sans nuire au mamelon. L'on a représenté planche LXVI, fig. 2, 3 et 4, de petites coupes, propres à mettre le mamelon à l'abri pendant le traitement. Lorsque ces coupes sont bien adaptées à la partie, elles la défendent du frottement des vêtemens, sans nullement gêner l'écoulement du lait.

CHAPITRE XXXV.

Des Exutoires.

Les exutoires sont de petits ulcères artificiels que l'on établit dans différentes parties du corps, pour procurer un écoulement de matière purulente.

Je me suis suffisamment étendu ailleurs sur les avantages que procurent les exutoires, et sur la manière dont ils opèrent la guérison : je me contenterai, en conséquence, d'observer ici en général, que je suis tous les jours de plus en plus convaincu de l'utilité de ces écoulemens pour la guérison des ulcères anciens, de quelque nature qu'ils soient. Je pense toujours qu'ils n'agissent qu'en procurant la sortie d'une certaine quantité de parties séreuses du sang ; et qu'ils ne servent pas uniquement d'égoût aux humeurs nuisibles répandues dans le sang, comme on l'a cru jusqu'à ce jour (1).

Cette opinion a donné lieu à plusieurs erreurs dans la pratique, et le choix du lieu où l'on établissoit l'exutoire n'étoit pas la moins remarquable. Dans l'idée que les ulcères étoient entretenus, de même que les autres affections locales, par l'humeur morbifique qui s'étoit portée vers un endroit particulier, l'on a cru nécessaire d'établir les exutoires le plus près

(1) *Voyez* le Traité théorique et pratique des Ulcères, part. II, sect. I, où j'ai considéré cet objet plus particulièrement.

possible de la partie affectée, et toujours sur la partie supérieure du membre lorsque la maladie étoit fixée sur l'une des extrémités, dans la vue d'empêcher la matière morbifique de se porter en bas. Mais comme il est prouvé aujourd'hui que les exutoires ne sont utiles qu'en raison de la quantité de pus qu'ils fournissent, le choix de l'endroit où on les établit est peu important : on peut en conséquence les placer sur la partie la plus commode pour le malade.

Il y a néanmoins quelques préceptes généraux qui méritent attention, quand on établit des exutoires : on ne les placera jamais sur un os peu recouvert — ni directement sur un tendon — ni fort près d'un gros vaisseau sanguin ou d'un nerf — ni sur le corps d'un muscle. Les endroits les plus convenables pour les exutoires, sont l'espace qui se trouve entre les tendons derrière le col, où il se trouve beaucoup de tissu cellulaire — la partie moyenne de l'humerus, près de l'insertion du muscle deltoïde — et le creux considérable qui est au-dessus du tendon du fléchisseur, à la partie interne de chaque genou. On peut aussi en établir entre deux côtes, ou sur chaque côté des vertèbres du dos ; et enfin, par-tout où il se trouve une suffisante quantité de tissu cellulaire pour mettre à l'abri les parties qui sont au-dessous. Je remarquerai cependant, que l'endroit que l'on choisit communément pour les exutoires, est peut-être celui qui convient le moins, je veux parler de ceux que l'on établit immédiatement au-dessous du genou ; car, comme il ne s'y trouve jamais beaucoup de tissu cellulaire, il est difficile d'éviter les veines

de la jambe ; et l'exutoire peut blesser les tendons voisins.

Les exutoires s'établissent de différentes manières : l'on peut corroder ou enlever la peau en y appliquant des épispastiques ; — faire une incision avec le bistouri ou la lancette ; — appliquer un caustique ; — et introduire un séton.

Lorsqu'on veut former un exutoire en enlevant une portion de la peau, l'on applique sur le lieu que l'on a choisi, un vésicatoire exactement de la largeur de l'ulcère que l'on se propose d'établir. Dès que le vésicatoire est levé, on entretient l'écoulement du pus avec quelqu'onguent ordinaire, dans lequel on mêle un peu de cantharides réduites en poudre fine : il suffit même quelquefois d'appliquer alternativement un irritant de ce genre, et un onguent doux composé de cire et d'huile.

Lorsque l'on forme un exutoire avec le bistouri, ou avec le caustique, on fait une ouverture suffisante pour donner une quantité convenable de pus, dans laquelle on introduit tous les jours, pour entretenir l'écoulement, quelque corps étranger, recouvert d'un doux digestif, tel que le basilicum ou le liniment d'Arceus, et on assujettit le tout avec un bandage convenable. L'on se sert communément pour cet effet de pois. Les haricots sont très-bons ; quelques personnes se servent de la racine de gentiane, et des oranges de Curaçao, que l'on nomme orange-pois (1), coupées pour cet effet. Lorsque l'on fait l'ouverture avec le bistouri, on recom-

(1) L'on emploie communément les jeunes fruits de l'orange de Séville desséchés. *Note de l'Éditeur.*

mande

mande à un aide de soutenir un côté de la peau, le chirurgien tient l'autre de la main gauche, et fait avec le bistouri qu'il tient de la main droite une incision assez étendue et assez profonde pour recevoir le nombre de pois que l'on se propose d'y mettre; l'opération est ainsi terminée. Mais le caustique exige plus d'attention : le meilleur est la pierre infernale des différens dispensaires; et de toutes les pâtes caustiques que l'on a recommandées jusqu'ici, je n'en connois pas qui réussisse aussi bien. On réduit cette pierre en poudre, et on en fait une pâte avec un peu d'eau, ou avec du savon mol, dont on applique sur l'endroit où l'on veut établir le cautère, autant qu'il est nécessaire pour faire une ouverture d'une grandeur convenable, en usant cependant de quelques précautions pour l'empêcher d'agir sur les parties contiguës. On étend pour cet effet sur un morceau de peau, de la poix de Bourgogne, ou une emplâtre agglutinative; on fait un trou dans le centre de cette peau, et on la place sur la partie, de manière que le trou corresponde directement à l'endroit où l'on se propose d'appliquer le caustique. L'on met alors un peu de la pâte caustique sur la partie ainsi découverte, et l'on recouvre le tout d'un autre morceau de peau enduit de la même emplâtre agglutinative, afin qu'il ne s'échappe aucune portion du caustique; on lève l'appareil dix à douze heures après; car il ne faut pas même ce temps pour que le caustique produise, s'il est bon, une escarre d'une profondeur suffisante. Cette escarre tombe au bout de trois ou quatre jours; et l'on met alors, dans l'ouverture qui reste, un pois ou quelqu'une des autres substances que nous avons indiquées.

Lorsque l'on veut procurer au moyen de l'exutoire une suppuration abondante, et sur-tout l'obtenir de parties profondément situées, on introduit une mèche de coton ou de soie, qui forme ce que l'on appelle un séton. L'on se sert souvent de ce remède avec avantage dans les douleurs situées profondément, sur-tout dans celles que l'on ressent dans la poitrine et sur les côtés, dans la phthisie pulmonaire. L'on passe communément dans ces cas le séton entre deux côtes, et il vaut mieux le passer dans la direction des côtes même que transversalement, comme on fait quelquefois. Le séton est encore fréquemment en usage pour les affections de la tête, sur tout dans les ophthalmies et les autres maladies des yeux; et alors on le place pour l'ordinaire à la nuque du col.

Lorsque l'on veut introduire un séton, on commence par marquer avec de l'encre les endroits par où il doit entrer et sortir; l'on passe dans le chas de l'aiguille plate de la planche LXVI, fig. 5, le fil ou le coton; et, tandis qu'un aide soutient les parties, l'on introduit l'aiguille par l'un des endroits marqués, et on la fait sortir par l'autre, en entraînant avec elle deux ou trois pouces de la mèche que l'on laisse pendre au-dehors. L'irritation qu'excite le séton, produit promptement un écoulement abondant de matière, que l'on peut augmenter ou diminuer à volonté, en recouvrant tous les jours le séton, avant de le tirer, d'un onguent doux ou irritant.

L'on brûloit fréquemment autrefois avec le cautère actuel les parties où l'on vouloit établir des exutoires; et cela se pratique encore dans quelques endroits de l'Europe: mais cette

méthode est aujourd'hui généralement abandonnée, parce qu'elle est plus effrayante que celle que nous avons indiquée, et qu'elle ne paroît jouir d'aucun avantage particulier.

L'on dit qu'il est ordinaire à la Chine, au Japon, et dans quelques autres contrées de l'Orient, de brûler jusqu'à l'os avec le moxa, dans les cas de douleurs profondes, les parties affectées. Le moxa est un duvet léger et mol d'une plante particulière. L'on contourne ce duvet de manière à en former un petit cône, dont l'on fixe la base sur la partie avec un peu de colle ou de mucilage; on met le feu à l'extrémité opposée, et on le laisse brûler jusqu'à ce que le tout soit consumé: si la première application ne réussit pas, on la réitère une ou plusieurs fois aussi long-temps qu'il est nécessaire. Le lin fin convient aussi-bien pour cette opération; on en a quelquefois fait usage dans différentes parties de l'Europe, mais il n'est pas probable que cette méthode devienne jamais d'un usage général: je l'ai vu néanmoins dissiper les douleurs de sciatique les plus rebelles, dans des cas où les autres remèdes n'avoient pas réussi.

CHAPITRE XXXV.

De l'inoculation de la petite Vérole.

L'on est fondé à croire que l'on pourroit inoculer la plupart des maladies éruptives et même d'autres ; néanmoins l'on ne pratique cette opération que pour celles qui n'attaquent pas deux fois la même personne, parce qu'il n'y auroit aucun avantage de donner ainsi les autres maladies. Cela s'est pratiqué pour la peste ; mais la petite vérole est l'unique maladie que l'on a coutume d'inoculer ici ; car les tentatives que l'on a faites pour inoculer la rougeole, ont jusqu'à présent été infructueuses.

Quelques expériences semblent prouver que l'on ne peut communiquer aucune maladie avec le sang d'une personne infectée ; néanmoins cet objet ne paroît pas encore suffisamment déterminé, et a besoin d'être confirmé par de nouvelles expériences. L'on se sert pour inoculer la petite vérole, de la matière contenue dans les pustules qui paroissent sur la surface du corps.

L'âge propre à l'inoculation, — les préparatifs qu'elle exige, — et le traitement de la maladie qui s'ensuit, sont particulièrement du ressort du médecin. La manière de communiquer l'infection, est le seul objet dont nous nous occuperons ici.

Dans le temps que l'on a commencé à inoculer, on avoit coutume de lier un fil infecté autour du bras ou de la jambe ; de frotter avec un peu de

matière variolique une partie du corps ; ou d'introduire avec une petite aiguille, au-dessous de l'épiderme, un bout de fil trempé dans le pus, et de l'y laisser jusqu'à ce que l'on eût lieu de croire que l'infection s'étoit communiquée. Quoique toutes ces méthodes réussissent facilement, on les a abandonnées depuis longtemps, parce qu'il y a lieu de soupçonner que quelques-unes produisent une atmosphère variolique qui communique la maladie de même que la contagion ordinaire, et que l'on ne peut par conséquent jouir de tous les avantages de l'inoculation.

L'on avoit coutume, il y a peu de temps, de faire dans la peau jusqu'au tissu cellulaire une incision d'environ un demi-pouce de long ; d'y introduire ensuite un fil chargé de matière variolique, que l'on y retenoit deux ou trois jours avec une compresse et un bandage. Mais la vive douleur qu'occasionne sans nécessité cette méthode, et les ulcères désagréables qui en sont fréquemment la suite, forment de fortes objections contre elle.

La manière actuelle d'inoculer paroît préférable à tous égards. L'on charge la pointe d'une lancette de matière variolique, que l'on insinue au-dessous de l'épiderme, de façon à ne produire qu'une écorchure ou à affecter légérement la vraie peau. Il pourroit suffire souvent de ne pénétrer que l'épiderme ; néanmoins l'on est plus certain du succès, en faisant sortir un peu de sang avec la lancette. Lorsque la matière est nouvelle et qu'on l'a prise dans le commencement de la maladie, on peut introduire la lancette sans l'humecter : dans le cas au contraire où la matière est ferme et dure, il faut la ra-

mollir avec une goutte d'eau tiède, ou l'exposer à la vapeur de l'eau chaude.

Il n'y a pas de partie où l'on ne puisse faire cette opération; on préfère cependant en général le bras. Une simple égratignure suffit communément; mais il vaut mieux, pour s'assurer du succès, en faire deux ou même trois, à la distance d'un pouce l'une de l'autre. Il faut néanmoins observer que quand la matière agit sur toutes les égratignures, l'inflammation se communiquant de l'une à l'autre devient souvent considérable, et occasionne beaucoup de douleur et de mal-aise, ce que l'on pourroit éviter en faisant les égratignures à une plus grande distance, ou même sur différentes parties du corps. L'on préviendroit tous les inconvéniens de ce genre en en faisant une, par exemple, sur chaque jambe ou sur chaque cuisse.

On n'emploie, en inoculant ainsi, ni bandage ni compresse; la plaie est si légère qu'elle n'exige aucun appareil: il est aisé de s'apercevoir, vers la fin du second ou du troisième jour, si l'infection s'est communiquée; car, en général, lorsque l'opération doit réussir, les égratignures que l'on a faites avec la lancette deviennent rouges, se gonflent et sont un peu douloureuses.

EXPLICATION DES PLANCHES.

PLANCHE XXXIX, page 8.

FIG. 1. Bistouri dont a coutume de se servir M. Pellier pour extraire la cataracte. Il faut qu'il soit très-poli, et tellement tranchant qu'il pénètre l'œil facilement ; et qu'il ait néanmoins assez de force pour percer la cornée sans ployer. Ce bistouri, ainsi que les deux autres qui sont dans cette planche, doivent être construits de manière à s'adapter au manche du bistouri représenté planche XLI, *fig.* 2.

Fig. 2. Bistouri exactement semblable par sa forme et sa grandeur à l'autre, avec cette seule différence que le côté qui passe près de l'iris est rond ou convexe, afin qu'il ne puisse pas blesser cette membrane, comme il arrive souvent lorsqu'on se sert du bistouri plat ordinaire pour les yeux qui ne sont pas saillans.

Fig. 3. Bistouri boutonné avantageux dans quelques cas pour terminer l'opération, lorsque l'humeur aqueuse s'échappe par accident avant que la pointe du bistouri ait percé le côté opposé de la cornée. Mais nous renvoyons à la page 11, pour les détails qui concernent la manière de s'en servir.

Fig. 4. Ciseaux courbes, qui conviennent dans toutes les opérations de l'œil où l'on a besoin de ciseaux ; et dont doivent se pourvoir tous ceux qui s'occupent de cette branche de la chirurgie.

Fig. 5. C'est le seul spéculum dont se serve M. Pellier. On peut le faire avec un fil d'or

ou d'argent, ou avec tout autre métal. Ce fil a ici toute la longueur et l'épaisseur qu'il doit avoir. Lorsqu'on veut s'en servir, on place l'une des deux courbures A ou B, sur la paupière supérieure immédiatement derrière le bord cartilagineux; un aide tient l'instrument avec assez de force pour fixer l'œil; ce qui est aisé a faire, pourvu que l'opérateur oppose en même temps un peu de résistance en plaçant les doigts index et du milieu d'une main sur le bord inférieur de l'orbite, de manière à comprimer le dessous de l'œil.

Tous les instrumens de cette planche sont représentés dans toute leur grandeur.

PLANCHE XL, page 19.

Fig. 1. Aiguille courbe fixée dans un manche propre à passer des ligatures au-dessous du ptergium, et des autres petites excroissances qui attaquent quelquefois l'intérieur de l'orbite, et même l'œil. J'ai prouvé ailleurs qu'on pouvoit les enlever sans cette précaution (1): néanmoins comme M. Pellier a coutume de se servir de la ligature, j'ai cru devoir décrire sa méthode de l'appliquer. L'aiguille de la *fig. 1* est pour les tumeurs de l'œil droit, et le chirurgien doit la tenir de la main gauche. Celle de la *fig. 4* est pour l'œil gauche, et l'on en fait usage avec la main droite.

Fig. 2 et *3.* Instrument que M. Pellier appelle Kystitome, parce qu'il s'en sert dans certains cas pour ouvrir la capsule du crystallin.

---

(1) *Voyez* chap. XXVII, sect. VIII, vol. III.

Il peut être d'or ou de tout autre métal. L'auteur tient cet instrument, pour en faire usage, entre le pouce et les deux premiers doigts de la main droite, en prenant la précaution de placer le pouce sur le bouton A ou C, qui est attaché à une gaîne qui recouvre la pointe tranchante B. L'on soutient la tête du malade par-dessous le menton avec le doigt annulaire et le petit doigt, la pointe de l'instrument recouverte de la gaîne s'introduit avec précaution à travers la prunelle jusqu'à ce qu'elle parvienne au crystallin; on retire alors en arrière avec le pouce le bouton C, et la pointe de l'instrument sort sans mouvoir la main. Cette invention est ingénieuse, et remplit facilement et sans danger l'objet que l'on se propose.

Ces instrumens sont représentés dans toute leur grandeur.

PLANCHE XLI, page 26.

Fig. 1. Instrument propre à abaisser la paupière inférieure; et qui peut souvent être utile lorsque l'on manque d'aide. Les deux crochets plats qui le terminent supérieurement étant fixés sur le bord cartilagineux de la paupière, l'autre extrémité que l'on laisse pendre sur la joue entraîne fortement la paupière en bas.

Fig. 2. Bistouri dont M. Pellier se sert dans quelques cas pour extraire la cataracte. Il est fixé dans le manche en B par une vis à écrou que fait tourner le ressort A. On peut construire ce manche de manière à y adapter le bistouri des figures 4 et 5, et tous ceux dont on se sert pour les opérations qui se pratiquent sur les yeux.

Fig. 3. Instrument propre à déterminer la

quantité de peau que l'on doit enlever dans l'opération du trichiasis ou renversement des paupières. Lorsqu'il est nécessaire d'emporter une portion de la peau au-dessous de la paupière inférieure, ou de la partie supérieure de la paupière supérieure, on peut se servir du bistouri ordinaire, pourvu qu'un aide la soutienne et la sépare des parties qui sont au-dessous avec les doigts seuls ou avec une pince construite pour cet usage; néanmoins cet instrument est préférable, parce qu'il coupe avec plus de netteté les parties que l'on veut enlever.

Fig. 4. Bistouri pour ouvrir les petits abcès formés sur une partie quelconque du globe de l'œil. Comme il est mousse sur le dos et rond vers l'extrémité, on s'en sert sans risquer de blesser les parties contiguës.

Fig. 5. Bistouri courbe à pointe tranchante pour couper les vaisseaux de l'œil ou des paupières, lorsque l'on juge cette opération nécessaire.

Tous ces instrumens sont représentés dans toute leur grandeur.

PLANCHE XLII, page 30.

Fig. 1. Petite curette préférable à tout autre instrument pour tirer des narines ou des oreilles de petites pierres, des pois ou toute autre substance.

Fig. 2, 3, 4, 5 et *6.* Instrumens dont se sert M. Pellier pour l'opération de la fistule lacrymale. *Fig. 2.* Conducteur ou trois-quarts courbe, pour nettoyer le passage qui conduit de l'os unguis dans le nez. *Fig. 5* et *6.* Canules à double bourrelet que l'on laisse dans le passage.

Fig. 3. Pressoir ou conducteur à anneau, qui sert à retenir ces canules dans le conduit nasal. Pour placer ces canules, on les passe dans le conducteur ou trois-quarts courbe, comme on le voit *fig. 4.* On retire ce dernier dès que la canule est dans le passage du nez, et alors on la retient avec le pressoir.

Ces instrumens sont représentés dans toute leur grandeur.

PLANCHE XLIII, page 42.

Fig. 1. Pinces pour extraire de petits os ou d'autres substances du fond de la gorge.

Fig. 2. Instrument propre à empêcher les narines de s'affaisser après l'opération décrite p. 48. A B, sont deux tubes mobiles que l'on introduit dans les narines, et qu'on y retient avec un ruban passé dans les ouvertures C D, que l'on lie derrière la tête.

Fig. 3. Un des tubes vu de côté.

Ces instrumens sont représentés dans toute leur grandeur. Ils sont pris, ainsi que plusieurs autres qui se trouvent dans ce volume, des belles figures qu'a publiées M. Brambilla de Vienne.

PLANCHE XLIV, page 62.

Fig. 1. Double canule pour fixer la ligature sur les excroissances polypeuses du nez, de la gorge, des oreilles ou du vagin. La ligature doit être de corde à boyau ou de fil d'argent flexible.

Fig. 2. Canule pour le même objet, mais différemment construite. Lorsque l'on se sert de l'autre, on attache la ligature autour des

branches de l'instrument. Dans celle-ci, la ligature passe à travers un manche mobile, et il est aisé, en la contournant, de la serrer autant qu'on le desire.

Fig. 3. Canule du même genre que les autres; mais sa courbure la rend plus propre à enlever les polypes profondément situés dans la gorge. L'on a décrit dans différentes parties de la section V, chap. XXVII, la manière de se servir de ces instrumens.

Fig. 4. Instrument pour passer une ligature autour de la luette. On passe dans la partie tubulée du manche avec le stylet A, un fil dont on forme une anse; ce fil étant logé dans la canelure qui est à l'intérieur de l'anneau, on fait passer, quand on veut opérer, l'autre bout à travers deux petits trous qui sont sur les côtés de l'anneau. On nomme communément cet instrument l'anneau d'Hildan, du nom de son inventeur.

Ces instrumens sont représentés dans toute leur grandeur.

PLANCHE XLV, page 67.

Fig. 1. Coupe des os de la tête, où l'on voit un polype de la gorge dont la racine est liée, qui tombe derrière le voile du palais, et une canule double passée dans l'une des narines.

Fig. 2. Cette figure qui est de M. Cheselden, représente un polype du nez, dont une partie s'étend en arrière jusques dans la gorge, et le reste dans la narine: on y voit une ligature passée dans la gorge, par le nez, de manière que l'anse qu'elle forme, embrasse la racine de l'excroissance. L'on peut, en tordant les extrémités

de cette ligature, comprimer suffisamment la racine du polype pour le faire tomber; néanmoins comme cela ne réussit pas toujours, et que l'opération est plus aisée et plus sûre avec la canule, il est probable que l'on renoncera à l'autre manière d'opérer.

PLANCHE XLVI, page 68.

Fig. 1. Polype d'une grosseur extraordinaire qui dilatoit complètement la narine, et que l'on a emporté avec une ligature, comme on le voit ici. A, l'extrémité du polype qui sortoit de la narine. C, stylet d'argent ou de tout autre métal, échancré à son extrémité pour retenir un bout de corde à boyau ou de fil d'argent; l'on introduit dans cette échancrure l'anse de la ligature, que l'on porte sur la racine du polype d'un côté, tandis que l'on pousse sur le côté opposé le tube B, dans lequel passent les deux bouts du fil, qu'il est alors aisé de serrer autant qu'il est nécessaire.

Fig. 3. Stylet courbe fendu, qui peut servir au même objet, c'est-à-dire, à porter une ligature sur la racine d'un polype lorsque la tumeur s'étend jusques dans la gorge. L'on peut par ce moyen simple porter une ligature sur la racine de toute sorte de polype, quelle que soit la dilatation des narines qu'il produise.

PLANCHE XLVII, page 69.

Fig. 1. Instrument pour appliquer le caustique sur quelque partie que ce soit de la bouche ou de la gorge. Il peut être d'argent ou de tout autre métal. A, tube mobile dans lequel on

attache le caustique en poussant l'anneau qui est à l'autre extrémité; on fait rentrer le caustique dans la canule qui l'environne, de manière qu'il en soit parfaitement recouvert. Il faut, dès que l'extrémité de l'instrument touche la partie affectée, faire ressortir le caustique autant qu'il est nécessaire, ce que l'on peut toujours exactement déterminer par le moyen d'une petite épingle attachée par un fil à l'anneau qui est à l'extrémité opposée de l'instrument. Cet instrument, ainsi que ceux de la planche XLVI, m'ont été communiqués par le docteur Monro, auquel la chirurgie doit un grand nombre de découvertes utiles.

Fig. 2, 3, et 4. Différentes parties de l'instrument, dont il est parlé p. 63, pour lier un polype dans la gorge.

Fig. 2. Fil ciré avec une anse, proportionné à la grandeur de l'échancrure de l'anneau C D, *fig.* 3. E D, E C, sont deux petits tubes de cuivre, longs de deux pouces et demi, pour soutenir l'anneau placé horisontalement au-dessus. Leurs extrémités supérieures doivent être parfaitement lisses et rondes, afin que le fil glisse plus facilement, et qu'il ne soit pas coupé par les bords des tubes. C D, ouvertures dans lesquelles s'introduisent les extrémités du fil. E, une des ouvertures par lesquelles sortent les bouts du fil. L'autre ouverture ne peut s'appercevoir dans cette coupe de l'instrument. Le manche de cet instrument est composé d'une forte tige de cuivre de sept ou huit pouces de long, légèrement courbée pour en rendre l'introduction plus facile.

Fig. 4. Instrument propre à former une seconde anse. F, deux roues de cuivre fixées

dans une petite boîte de cuivre. Les deux roues ont sept lignes et demie de large, et un demi-pouce de haut. Dès que la seconde anse est formée, on passe les bouts du fil sur les roues, comme on le voit ici; et en poussant en haut le manche de l'instrument, on forme un nœud que l'on serre autant qu'on le desire.

Il est aisé de voir que cet instrument est construit sur le même principe que l'anneau d'Hildan, planche XLIV, *fig. 3.*

PLANCHE XLVIII, page 72.

Fig. 1. Tenettes courbes pour extraire les polypes, situés dans la gorge et derrière le voile du palais.

Fig. 2. Tenettes droites pour extraire le polype des narines.

Fig. 3. Tenettes un peu différentes des dernières, et qui servent aux mêmes usages. La manière de se servir de ces tenettes ainsi que des autres, est décrite chap. XXVIII, sect. VI.

PLANCHE XLIX, page 82.

Fig. 1, 2 et *3.* Différentes espèces de ciseaux courbes, dont on peut se servir avec avantage pour extirper les tumeurs situées dans l'intérieur de la bouche, et pour d'autres objets.

Fig. 4. Instrument qui ressemble beaucoup par sa forme à un déchaussoir, et qui est préférable à tout autre pour scarifier les gencives des enfans pendant la dentition.

PLANCHE L, page 126. (1)

Fig. 1. Rugine ou scarificateur, pour séparer les gencives des racines des dents que l'on se propose d'arracher : elle doit être très-aiguë, et néanmoins la pointe ou le tranchant n'être pas assez mince pour être endommagé, en passant entre les gencives et les dents.

Fig. 2. Trois-quarts courbe pour percer l'antre maxillaire.

Fig. 3 et *4.* Deux érines armées de deux ou trois dents, dont on se sert pour disséquer, et qui conviennent mieux dans beaucoup de cas que le simple crochet fourchu, dont l'on fait communément usage.

PLANCHE LI, page 80.

Fig. 1. Instrument dont on se sert pour passer une ligature autour de la luette, ou de toute autre excroissance pendante dans la gorge : cette invention est ingénieuse, mais elle ne remplit pas aussi-bien l'objet que l'on se propose, que les instrumens de la planche XLIV, *fig. 1, 2, 3* et *4.*

Fig. 2. Instrument proposé pour la première fois par M. Cheselden, pour faire un nœud sur les amygdales squirrheuses, après avoir passé la ligature autour de la base de la tumeur, comme on le voit *fig. 3.* L'épingle de la *fig. 2*

(1) Il y a erreur dans l'ordre de l'explication des planches ; mais j'ai cru ne devoir rien changer au texte, et faire les renvois aux pages où il est question des principales figures indiquées dans chaque planche. *Note de l'Editeur.*

représente

représente la partie sur laquelle on doit former le nœud.

PLANCHE LII, page 82.

Fig. 1. Instrument pour couper la luette. La partie de la luette que l'on se propose d'enlever étant introduite dans l'ouverture qui est dans le corps de l'instrument, l'on fait glisser en avant le coupant, qui doit être très-acéré, avec une force suffisante pour séparer cette partie de celles qui sont au-dessus.

Fig. 3. Bistouri à pointe mousse pour enlever les petites tumeurs formées dans la gorge ou dans quelque partie que ce soit de la bouche. La *fig.* 2 représente une tenette propre à saisir les tumeurs que l'on se propose d'emporter de cette manière.

PLANCHE LIII, page 84.

Fig. 1 et 2. Deux scarificateurs de formes différentes pour ouvrir les abcès de la gorge et scarifier les amygdales. Les deux ailes que l'on voit à la canule de la *fig. 1*, servent à comprimer la langue, tandis que l'on avance plus avant la pointe de l'instrument dans le fond de la gorge.

Fig. 2 et *4.* Machine de M. Mudge, pour porter les vapeurs d'eau chaude et des autres liquides dans la gorge et la poitrine. *Fig.* 2. L'inhalateur ou le corps de la machine, placé comme il doit l'être lorsqu'on en fait usage, excepté que la grille A qui doit alors recouvrir le trou, est ici tournée en arrière, pour faire voir l'ouverture de la soupape. *Fig. 4.* Coupe

du chapiteau, dans laquelle on apperçoit la structure de la soupape de liége B, ainsi que la partie conique C, dans laquelle est fixé le tube flexible D.

On remplit l'inhalateur, qui doit tenir à peu près une chopine, d'environ les trois-quarts d'eau, on l'attache à l'aisselle sous les draps, et on met l'extrémité du tube E dans la bouche; alors l'air qui se porte pendant l'inspiration dans les ouvertures F, passe par l'anse qui est creuse, et ensuite par un trou qui est à la partie inférieure dans l'endroit où elle est soudée au corps du vaisseau, et qu'on n'a pu par cette raison représenter ici; l'air après avoir ainsi traversé l'eau chaude, passe dans les poumons chargé de vapeurs. Pendant l'expiration, les vapeurs qui s'exhalent des poumons, se portent sur la surface de l'eau; et l'air, au lieu de la forcer de retourner en arrière dans l'anse creuse, s'échappe en soulevant la valvule ronde et légère de liége B, et se répand sur la surface du corps au-dessous des draps.

La respiration s'exécute ainsi, sans jamais déranger l'instrument de la bouche.

La partie flexible du tube D a environ six pouces de long, et l'on adapte à l'une de ses extrémités une pièce de bois E, et à l'autre une partie G composée de la même substance, qui doit entrer dans le cône C qui est sur le couvercle. Ce tube flexible se forme en contournant un long ruban de soie huilé autour d'une spirale de fil de cuivre : on passe ensuite par dessus une autre enveloppe de soie mince de la même grandeur, et on les assujettit toutes deux avec un fort fil de soie à coudre que l'on fait tourner dessus en spirale. Il est nécessaire

que ce tube ait une certaine longueur, et qu'il soit flexible, pour s'adapter convenablement à la bouche lorsque la tête est sur l'oreiller.

L'ouvrier fera le couvercle de manière qu'il s'adapte bien exactement ; sans quoi, il faudroit, pour remédier au défaut de construction, passer au-dessous du couvercle tout autour du bord une mèche de coton ou quelqu'autre substance, pour interdire tout accès à l'air. L'on donnera aussi pour la même raison, autant de rondeur qu'il sera possible au liége qui forme la soupape. Il faut encore remarquer que la totalité de l'aire des trous qui sont à la partie superieure de l'anse ; l'ouverture même de la valvule conique ; et celle qui est dans la pièce que l'on met dans la bouche ; ainsi que la cavité ou la partie interne du tube flexible, doivent toutes égaler en grandeur et en dimension la largeur des deux narines : enfin, chacune doit être suffisamment grande pour qu'elles ne se bouchent pas mutuellement, et que la respiration s'exécute avec autant de facilité que dans l'état ordinaire.

PLANCHE LIV, page 82.

Fig. 1. Speculum oris que j'ai proposé il y a long-temps, et dont je me suis servi avec avantage dans differens cas. Comme il occupe moins de place dans la bouche que les instrumens ordinaires, on peut l'employer dans les cas où il n'est pas possible d'introduire ces derniers. B, le manche par où passe la vis A C, au moyen de laquelle on sépare plus ou moins la plaque de fer D de la plaque fixe E, en tournant la tige à écrou A. Il faut que les plaques D E soient suf-

fisamment solides pour résister à la pression des mâchoires, et les recouvrir d'un cuir ou d'un morceau de drap pour qu'elles n'endommagent pas les dents.

Fig. 2. Autre espèce de speculum pour la bouche. G H, deux plaques solides de fer, qui, étant introduites entre les dents des mâchoires tant supérieures qu'inférieures, peuvent s'écarter autant qu'il est nécessaire en tournant le manche F. La plus longue extrémité de la plaque G sert à comprimer la langue : il seroit aisé de faire cette addition à la *fig.* 1.

Fig. 3. Instrument qui sert communément de speculum oris, mais si défectueux, qu'il n'est guère possible d'en tirer beaucoup d'avantage.

PLANCHE LV, page 98.

Fig. 1. Pince qui sert à tenir la lèvre lorsque l'on fait l'opération du bec-de-lièvre. On peut se servir des doigts seuls, mais alors l'incision ne se fait pas si proprement qu'avec la pince.

Fig. 2. Espèce de pince tranchante, de l'invention du docteur Jean Aitken, dont on se sert pour l'opération du bec-de-lièvre, ou pour enlever les affections cancéreuses de la lèvre ; une branche de cette pince consiste en une surface plate et lisse, tandis que l'autre a un bord aigu tranchant. Il faut, pour se servir de cet instrument, presser d'une main l'une contre l'autre les deux branches, avec une force suffisante pour diviser les parties que l'on se propose de couper, pendant que l'on tient ferme les branches de l'autre main.

PLANCHE LVI, page 99.

Fig. 1. Ciseaux suffisamment grands et forts pour couper les parties dans l'opération du bec-de-lièvre. Il n'y a pas apparence qu'ils deviennent jamais d'un usage général ; mais j'ai cru devoir représenter la grandeur de l'instrument qui, d'après l'expérience, a paru réussir.

Fig. 2. Tenailles coupantes pour enlever les petites esquilles d'os dans quelqu'endroit qu'elles se trouvent.

PLANCHE LVII, page 100.

Comme le traitement du bec-de-lièvre est un objet très-important, j'ai cru devoir représenter l'aspect qu'offre la maladie, ainsi que celui des parties affectées pendant les différens temps de l'opération et du traitement.

Fig. 1. Bec-de-lièvre de la lèvre supérieure. A, une des dents incisives que l'on apperçoit dans le centre de l'ouverture, et que l'on doit enlever avant l'opération, parce qu'une dent ainsi située, pourroit souvent interrompre le cours de la guérison. BB, inégalités des bords de la fente qui sont très-communes dans cette affection.

Fig. 2. Etat des parties lorsque l'on a coupé les bords de la fente et introduit les aiguilles. CC, bords de l'incision qui doivent être unis, égaux, et exactement de la même longueur de chaque côté, de manière qu'étant rapprochés on n'y remarque pas d'inégalité sensible. L'on introduira la première aiguille près de la partie inférieure de la lèvre, et l'aiguille supérieure

près de l'extrémité supérieure de la fente. Les aiguilles représentées dans cette figure ont des pointes d'acier mobiles, que l'on enlève dès que l'on a passé les fils, comme on le voit *fig. 3*, qui représente l'état du bec-de-lièvre immédiatement après l'opération.

Fig. 4. Etat dans lequel se trouve la lèvre lorsque la guérison est accomplie. D, représente la cicatrice qui, en général, doit former à-peu-près une ligne droite.

Fig. 5. Aiguille plate pour l'opération du bec-de-lièvre. L'épingle même *fig. 6*, doit être d'or, et la pointe *fig. 7*, doit être d'acier.

PLANCHE LVIII, page 142.

Fig. 1, 2, 3, 4 et *5.* Différens grattoires pour enlever le tartre et les autres matières étrangères qui se forment sur les dents.

Fig. 6 et *7.* Instrumens pour brûler le nerf d'une dent, ou boucher une dent creuse avec un peu d'or ou de plomb. Celui de la *fig. 8* peut aussi remplir le même objet, mais on s'en sert communément pour faire des recherches derrière ou entre les dents, lorsque l'on soupçonne une carie cachée difficile à découvrir.

Fig. 9. Autre instrument pour boucher les dents cariées; et,

Fig. 10. Manche auquel peuvent s'adapter tous ces instrumens.

PLANCHE LIX, page 161.

Fig. 1. Instrument connu sous le nom de Clef, dont on se sert pour extraire les dents. Sa forme a beaucoup varié; celle que j'ai fait

représenter ici me paroît la meilleure de toutes.

Dans l'instrument dont on fait communément usage, représenté *fig.* 2, le crochet est fixe, et ne peut se mouvoir qu'en ôtant la vis qui l'attache à l'instrument ; mais dans celui-ci, on peut mouvoir le crochet de côté et d'autre, uniquement en pressant sur le bouton A ; au moyen de quoi le ressort B, porté par une roue qui le rend ainsi mobile, et a laquelle est attaché le crochet, sort d'une niche. D le talon de l'instrument qui est représenté ici plus gros et beaucoup plus long qu'on ne le fait communément : à l'aide de cette longueur, il se porte sur une plus grande étendue des gencives, et la mâchoire en souffre moins que quand il est beaucoup plus court ; cette grosseur lui donne d'ailleurs bien plus de force que quand il a la forme ordinaire. Il faut que cette partie de l'instrument soit bien polie, et recouverte de plusieurs doubles de vieux linge mollet d'une certaine épaisseur, afin qu'elle presse le plus mollement possible sur les gencives. Le manche E est quelquefois de fer ; il vaut néanmoins mieux qu'il soit d'ivoire ou de bois.

Fig. 3. Crochet courbé, de manière que quand le talon D de l'instrument est placé sur une partie des gencives, on peut renverser la seconde ou troisième dent qui se trouve plus loin dans la bouche. Ce crochet est quelquefois utile, quand les gencives qui se trouvent vis-à-vis de la dent malade sont extrêmement sensibles ; et on doit toujours s'en servir lorsque l'on veut renverser en dehors l'une des deux dernières molaires de la mâchoire inférieure ; car en se servant de l'instrument ordinaire, on déchire toujours beaucoup les gencives qui recouvrent

la partie saillante de l'apophyse coronoïde de la mâchoire.

Fig. 4 et *5*. Deux crochets qui diffèrent par leur grandeur des crochets ordinaires.

PLANCHE LX, page 170.

Fig. 1 et *3*. Sont deux instrumens fort en vogue dans différentes parties de l'Europe pour arracher les dents. Ils n'ont néanmoins aucun avantage sur la clef, et ils ont l'inconvénient de ne pouvoir servir lorsque l'on veut renverser une dent vers la partie interne de la bouche.

Fig. 1. A, le point d'appui que l'on doit toujours bien recouvrir de vieux linge doux. B, le crochet fixé au manche E, au moyen d'un petit trou qui est à son extrémité, dans lequel entre un bouton d'un volume proportionné en C, qui est retenu en place par une plaque mobile de fer poli D. Le manche de l'instrument doit être de bois, et le reste de fer ou d'acier. *Fig. 2*, Crochet extrêmement recourbé, pour extraire les dents qui sont placées plus loin que ne peut aller le point d'appui.

Fig. 3. F, le point d'appui. E, crochet droit, attaché à l'instrument par le moyen d'une vis en H. I, le manche qui doit être de bois.

PLANCHE LXI, page 171.

Fig. 1, 3 et *4*. Différens daviers pour arracher les dents. Celui de la *fig. 3* est peut-être le plus utile de tous.

Fig. 2. Petites pinces à disséquer, dont on se sert pour diverses opérations qui se pratiquent dans la bouche et sur d'autres parties.

PLANCHE LXII, page 172.

Fig. 1. Davier à crochets mobiles. Et,
Fig. 2. Point d'appui, dont on se sert avec ces crochets, et dont on a donné la description, page 172.
Fig. 3. Instrument pour couper le filet de la langue, qui est décrit page 198.

PLANCHE LXIII, page 176.

Fig. 1, 2 et *3.* Différens repoussoirs ou leviers pour extraire les chicots. L'on a décrit, p. 176, la manière de s'en servir. Ceux des *fig. 2* et *3* sont les meilleurs; ils sont formés de deux plaques parallèles de fer poli, que l'on écarte plus ou moins, en faisant monter ou descendre les anneaux mobiles A B.
Fig. 4, 5, 6 et *7.* Différentes limes pour détruire les inégalités des dents.

PLANCHE LXIV, page 213.

Fig. 1, 2 et *3.* Instrumens diversement figurés, décrits p. 213, dont on se sert pour concentrer le son dans le cas de surdité.
Fig. 4. Petite seringue propre à laver le méat auditif externe.
Fig. 5 et *6.* Instrumens pour percer le lobe de l'oreille, décrit p. 214.

PLANCHE LXV, page 219.

Fg. 1, 2 et *3.* Verres construits de différentes manières pour tirer le lait des mamelles

des femmes. Les accouchées peuvent, avec les instrumens des *fig.* 1 et 3, le tirer elles-mêmes par la succion, ou le faire tirer par une autre personne. La *fig.* 2 est une coupe de verre, montée sur un sachet de gomme élastique. A, la coupe attachée au sachet C, par le moyen d'un tube de cuivre B. On en a parlé plus au long, p. 219.

PLANCHE LXVI, page 218.

Fig. 1. Instrument dont il est parlé p. 218, pour soutenir la tête après l'opération, que l'on pratique pour la contorsion du col. ABC, plaque de fer courbée que l'on adapte à l'épaule, qui sert à soutenir une autre plaque, au sommet de laquelle est attachée la plaque DEF, sur laquelle pose la tête, et que l'on doit, pour cette raison, recouvrir d'une peau molle ou de coton. GHI, une boucle attachée à une courroie pour fixer l'instrument autour du col.

Fig. 2, 3, et 4. Différentes coupes que l'on peut faire d'ivoire, de plomb, ou d'argent, qui servent à recouvrir les mamelons et les mettre à l'abri du frottement des vêtemens, dans les cas de gerçures ou de toute autre maladie. Les trous qui sont sur les bords, servent à attacher de petits rubans pour les fixer autour du corps.

Fig. 5. Grande aiguille plate, conformée comme une lancette pour passer les sétons.

FIN DU TOME QUATRIÈME.